Les
PUBLICATIONS
DU QUÉBEC

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Rapport annuel 1990-1991

Québec

93-00049/

Le contenu de cette publication a été rédigé par
le ministère de la Santé et des Services sociaux

Cette édition a été produite par
Les Publications du Québec
1279, boulevard Charest Ouest
Québec (Québec)
G1N 4K7

Dépôt légal — 2e trimestre 1992
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN : 2-551-15148-1
ISSN : 0832-6258

© Gouvernement du Québec

Monsieur Jean-Pierre Saintonge
Président de l'Assemblée nationale
Hôtel du Gouvernement
Québec

Monsieur le président,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport d'activités annuel du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'exercice financier qui a pris fin le 31 mars 1991.

Ce rapport rend compte de l'ensemble des activités du Ministère et contient de nombreux renseignements d'intérêt public.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux; responsable de la Condition des aînés

Marc-Yvan Côté

Québec, mars 1992

Monsieur Marc-Yvan Côté
Ministre de la Santé et des
Services sociaux;
responsable de la Condition des aînés
Hôtel du Gouvernement
Québec

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport annuel des activités de notre Ministère pour l'année financière 1990-1991.

Ce rapport décrit les divers secteurs d'activités du Ministère ainsi que les différentes réalisations de chacun de ces secteurs.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre de la Santé et des Services sociaux,

André Dicaire

Québec, mars 1992

Table des matières

Introduction 9

Partie I
Le ministère de la Santé et des Services sociaux 11

1.0 Le Ministère et son réseau 11
1.1 La situation budgétaire 11
1.2 Les réalisations et les projets 1991-1992 : les services et la clientèle 12
1.3 La réforme du système de la santé et des services sociaux 15

Partie II
Le bilan administratif 17

2.0 Le bureau du sous-ministre 17
2.1 Le bureau des services aux communautés culturelles 18
2.2 La vérification interne 18
2.3 Le Secrétariat à l'adoption internationale (S.A.I.) 18
2.4 Le Secrétariat à la coordination 19
2.4.1 Le Secrétariat 19
2.5 La condition féminine 19
2.6 Les affaires juridiques 20
2.7 La comptabilité 20
3.0 Les directions générales 21
3.1 La planification et l'évaluation 22
3.1.1 Les études sociosanitaires 22
3.1.2 Des politiques et des plans sociosanitaires 22
3.1.3 La planification des ressources humaines 23
3.1.4 La planification des ressources financières et institutionnelles 23
3.1.5 Des études et des recherches évaluatives 24
3.1.6 Le monitorage et l'instrumentation 24
3.1.7 La planification stratégique 25
3.1.8 La coordination de la recherche 25
3.1.9 La coopération internationale 25
3.1.10 La coopération interministérielle 26
3.1.11 La gestion documentaire 26
3.1.12 L'accès à l'information 26
3.2 La prévention et les services communautaires 27
3.2.1 La promotion de la santé 28
3.2.2 La protection de la santé publique 28
3.2.3 Le maintien à domicile 29
3.2.4 La politique familiale 29
3.2.5 Les conjoints violents 29
3.2.6 Les familles d'accueil 29
3.2.7 Les C.L.S.C. et la curatelle publique 30
3.2.8 Les programmes à la jeunesse 30
3.2.9 Les organismes communautaires 31
3.2.10 Les communautés autochtones 31
3.3 Le recouvrement de la santé 32
3.3.1 La répartition des ressources 33
3.3.2 La technologie biomédicale 33
3.3.3 La traumatologie et les soins préhospitaliers 33
3.3.4 La santé mentale 33
3.3.5 La Commission d'examen 34
3.3.6 Les liaisons 34
3.3.7 Les services professionnels 34
3.3.8 Les mesures d'urgence et ambulances 35
3.3.9 Le Centre québécois de coordination sur le sida 35
3.4 La réadaptation et les services de longue durée 37
3.4.1 Les personnes âgées en perte d'autonomie 38
3.4.2 La déficience intellectuelle 38
3.4.3 La déficience physique 39
3.4.4 La toxicomanie 39
3.5 Les relations de travail 40
3.5.1 Le personnel salarié du réseau 40
3.5.2 Le personnel cadre du réseau 41
3.5.3 Les professionnels de la santé 41
3.6 Les équipements et les services 43
3.6.1 La programmation et les équipements 43
3.6.2 La construction 44
3.6.3 Les ressources matérielles 44
3.6.4 Les communications 44
3.7 Le budget et l'administration 45
3.7.1 Les ressources d'information 46
3.7.2 Le budget 46
3.7.3 Les affaires financières et intergouvernementales 46
3.7.4 Les systèmes d'information 47
3.7.5 Les ressources humaines 47

ANNEXE I 49

A — Les organismes relevant du Ministre 50

La Régie de l'assurance-maladie du Québec (R.A.M.Q.) 50

Le Fonds de la recherche en santé du Québec (F.R.S.Q.) 50

Le Conseil consultatif sur les aides technologiques (C.C.A.T.) 50

La Corporation d'hébergement du Québec (C.H.Q.) 50

Le Comité de la santé mentale du Québec (C.S.M.Q.) 50

Le Conseil d'évaluation des technologies de la santé (C.E.T.S.) 50

Le Conseil québécois de la recherche sociale (C.Q.R.S.) 51

Le Conseil consultatif de pharmacologie (C.C.P.) 51

Le Conseil des affaires sociales (C.A.S.) 52

L'Office des personnes handicapées du Québec (O.P.H.Q.) 52

ANNEXE II 53

Les lois et règlements qui relèvent du ministère de la Santé et des Services sociaux 53

ANNEXE III 55

Les ressources financières 55

ANNEXE IV 57

La gestion ministérielle des ressources humaines 57

Introduction

Le présent rapport est subdivisé en deux grandes parties accompagnées d'annexes.

La première partie donne de l'information sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (M.S.S.S.) dans son ensemble. On y retrouve le mandat du Ministère, quelques renseignements sur le réseau de la santé et des services sociaux, un regard sur la situation budgétaire, les réalisations et les projets 1991-1992.

La deuxième partie contient une description des activités de chacune des unités administratives du Ministère, soit le bureau du sous-ministre et les sept directions générales.

Enfin, les annexes présentent les organismes relevant du Ministre, les lois et règlements qui relèvent du Ministère de même que certaines autres données relatives aux ressources financières et à la gestion ministérielle des ressources humaines.

Partie I
Le ministère de la Santé et des Services sociaux

1.0 Le Ministère et son réseau

Le ministère de la Santé et des Services sociaux, autrefois nommé ministère des Affaires sociales, fut créé le 22 décembre 1970 lors de l'entrée en vigueur de la Loi sur le ministère des Affaires sociales.

Le mandat

Le mandat du M.S.S.S. consiste à :

- améliorer l'état de santé de la population, l'état du milieu social dans lequel elle vit et les conditions sociales des individus, des familles et des groupes;
- rendre accessible à toute personne, d'une façon continue et pendant toute sa vie, la gamme complète des services de santé et des services sociaux, y compris la prévention et la réadaptation, de façon à répondre aux besoins des individus, des familles et des groupes aux plans physique, psychique et social;
- encourager la population et les groupes à participer à l'instauration, à l'administration et au développement des établissements;
- adapter les services de santé et les services sociaux aux besoins de la population en tenant compte des particularités régionales et de répartir les ressources humaines et financières de la façon la plus juste et la plus rationnelle possible;
- favoriser le recours aux méthodes modernes d'organisation et de gestion pour rendre plus efficaces les services offerts à la population;
- promouvoir la recherche et l'enseignement.

Le réseau de la Santé et des Services sociaux

Afin d'assurer l'accessibilité à des soins et à des services de qualité, la Loi sur les services de santé et les services sociaux adopte un modèle d'organisation axé sur la régionalisation et sur la complémentarité des établissements. Près de 900 établissements composent le réseau de la santé et des services sociaux. Ils sont regroupés en différentes catégories : 231 centres hospitaliers (C.H.), 511 centres d'accueil (C.A.), 141 centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.) et 14 centres de services sociaux (C.S.S.). La coordination des activités est assurée par les 13 conseils de la santé et des services sociaux (C.S.S.S.).

L'apport des organismes communautaires

Les services publics ne peuvent pas et ne doivent pas prétendre à satisfaire tous les besoins de la population. Au-delà des services rendus par les établissements du réseau, les communautés et les citoyens qui les composent sont les mieux placés pour identifier les besoins non satisfaits et prendre l'initiative d'y pourvoir. À cet égard, le développement et la diversité des organismes communautaires constituent un signe du dynamisme de la société québécoise.

En 1990-1991, le Ministère a subventionné 1676 organismes communautaires.

1.1 La situation budgétaire

Au cours des cinq dernières années, le gouvernement du Québec a fait un effort sérieux dans le secteur de la santé. L'objectif a été non seulement de maintenir les services à la population mais de les accroître. À cette fin, aucune compression budgétaire significative n'a été imposée au réseau.

En 1990-1991, le budget accordé aux services de santé et aux services sociaux atteint 10 900 000 000 $ et se répartit ainsi : 8 500 000 000 $ pour le Ministère et le réseau lui-même et 2 400 000 000 $ pour les programmes administrés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Ce budget s'accroît de 738 900 000 $ et cette augmentation représente 35,4 % de l'ensemble des crédits additionnels attribués par le gouvernement du Québec, soit 2 085 000 000 $.

Pour cet exercice financier, le budget du Ministère seulement s'accroît de 540 300 000 $. Cette augmentation de 6,8 % est nettement plus élevée que le taux d'inflation de 4,8 % et un peu plus élevée que le produit intérieur brut estimé à 5,7 %.

Cet accroissement des crédits comprenait d'abord les sommes d'argent nécessaires pour couvrir les hausses de salaires du personnel cadre et syndiqué, la croissance des autres dépenses et l'augmentation au 1er janvier 1990 et 1991 des cotisations de l'employeur à la R.A.M.Q., à la C.S.S.T., à la R.R.Q. et à l'assurance-chômage. Il incluait aussi des crédits qui ont permis de poursuivre l'action entreprise pour améliorer les services à la population.

La part des crédits consacrée au traitement des cadres comprenait également l'accroissement des salaires au 1er juillet 1989 et une provision pour la progression salariale et l'indexation des échelles au 1er juillet 1990.

Les augmentations de 5,13 % au 1er janvier 1990 et de 4 % au 1er janvier 1991 de même qu'un accroissement de 0,48 % pour couvrir la progression normale des syndiqués à travers les échelons de la structure salariale, ont été pris en considération dans le calcul des crédits pour le personnel syndiqué.

De plus, un montant de 200 000 000 $ a été inclus dans les crédits pour parer à l'équité salariale, au relèvement des primes d'inconvénients et de responsabilités et pour satisfaire les échelles des infirmières bachelières. C'est d'ailleurs cette injection de crédits supplémentaires qui a permis la signature de la convention collective avec les syndicats d'infirmiers et d'infirmières.

En plus de projeter sur une base annuelle les décisions budgétaires 1989-1990, des ajustements dits mécaniques et des crédits requis pour donner suite aux conventions collectives, le Ministère a obtenu, en 1990-1991, plus de 110 000 000 $ en crédits nouveaux pour répondre aux besoins du réseau. Ces crédits ont servi notamment au coût du système de santé, aux services aux personnes âgées, aux services en langue anglaise, au désengorgement des urgences et au développement à la suite des travaux d'immobilisation.

1.2 Les réalisations et les projets 1991-1992 : les services et la clientèle

Le coût du système de santé

Depuis cinq ans, le Ministère accorde aux centres hospitaliers des crédits, à titre de coût du système, pour deux raisons : faire face à l'accroissement du volume de la clientèle et intensifier les services qu'ils doivent offrir.

Pour les années 1990-1991 et 1991-1992, le Ministère aura octroyé à ces établissements plus de 96 000 000 $ répartis selon des besoins prioritaires précis. Cependant, des choix seront faits surtout dans l'optique de ne pas pénaliser la population utilisatrice de services. L'un de ces choix consiste à ne pas attribuer un coût de système paramétrique aux établissements mais de privilégier plutôt des services qui sont fortement prioritaires.

1) Un choix entre tous : les services tertiaires en cardiologie

Tous les ravages causés par les maladies cardio-vasculaires sont bien connus. Notons entre autres qu'elles sont la première cause de décès au Québec et au Canada chez les hommes comme chez les femmes. En 1986, 40 % de l'ensemble des décès au Québec était attribuable à ces maladies. Mais il y a un espoir de diminuer progressivement cette maladie par de meilleures habitudes de vie. D'ici l'an 2000, l'objectif du Ministère est de réduire de 20 % le taux de mortalité due à une maladie cardio-vasculaire. Ces taux seraient alors comparables à ceux des meilleurs pays.

Depuis 1989, le gouvernement a investi 59 000 000 $ pour soutenir et pour développer les services tertiaires en cardiologie. D'ici à 1993-1994, le gouvernement se propose d'injecter 14 500 000 $ dans ce secteur d'activités. On sera alors en mesure de diminuer les listes d'attente et de faire face aux besoins des services.

2) Les services de dialyse

De 1985 à 1989, le nombre de personnes qui ont eu besoin de service de dialyse pour survivre a augmenté de 41,1 % : 1 802 personnes en 1985 et 2 542 en 1989.

Les centres hospitaliers ne pouvant répondre à la demande actuellement, deux interventions seront faites en 1991-1992 : ajouter des crédits à Montréal et à Québec pour consolider et maintenir les services existants et favoriser le développement de services dans les autres régions du Québec pour permettre à la population éloignée des grands centres d'avoir accès plus facilement à ces services.

Les soins d'urgence

Les salles d'urgence des centres hospitaliers ont toujours été une préoccupation constante pour le Ministère. Depuis 1986, quelques centaines de millions de dollars ont été investis pour désengorger les salles d'urgence.

En 1990-1991, les mesures mises en place ont coûté 134 000 000 $ et les prévisions pour 1991-1992 sont de 140 000 000 $. Il n'en demeure pas moins que des contrôles s'imposent à l'évidence.

Il y a un an, un groupe d'intervention a été mis en place avec le mandat de mettre en lumière les problèmes d'organisation et de fonctionnement dans les salles d'urgence, de formuler des recommandations aux établissements, aux conseils régionaux et au Ministère et de résoudre, en bout de piste, les difficultés qui persistent.

Un an plus tard, un premier élément intéressant se dégage. Le groupe d'intervention, communément appelé le G.T.I. et présidé par le docteur Michel Tétreault, a visité et fait des recommandations sur la situation de la plupart des centres hospitaliers des régions visées par le plan de désengorgement des

urgences, soit : Québec, Trois-Rivières, Grand Montréal, Montérégie et Laurentides-Lanaudière. Ces visites ont permis d'améliorer la situation dans plusieurs établissements.

En 1991-1992, le G.T.I. poursuivra son action et même l'élargira aux autres régions du Québec.

Enfin, à la suite des recommandations formulées par le groupe, un montant de 2 000 000 $ sera investi pour améliorer les services gériatriques de courte durée.

Les effectifs médicaux en région

Assurer aux citoyens du Québec l'accès aux services de santé dans leur milieu de vie constitue un objectif à la fois noble et ambitieux. Les ressources doivent être là et disponibles. La répartition des effectifs médicaux sur le territoire demeure donc une préoccupation primordiale pour le Ministère.

Depuis 1986-1987, en conformité avec les plans d'effectifs médicaux, des médecins omnipraticiens et spécialistes se sont installés en régions éloignées et périphériques. Évidemment, pour accueillir ces nouveaux médecins, le Ministère doit renforcer l'infrastructure dans les centres hospitaliers en question.

Depuis cinq ans, environ 22 500 000 $ ont été investis dans les centres hospitaliers des régions éloignées et intermédiaires.

Les services aux personnes âgées

La population est vieillissante. La proportion des personnes âgées de 65 ans et plus ne cesse de croître et d'ici dix ans, leur nombre augmentera de 40 % pour former 14 % de la population dès l'an 2001.

Plus de 80 % des aînés évoluent dans leur milieu naturel et ne sont pas limités dans leurs activités quotidiennes. Toutefois, pour les personnes âgées qui ne peuvent se prendre en charge, le Ministère privilégie le maintien à domicile tel que le souhaitent ces personnes. À ces fins, des efforts ont été consentis et des actions ont été posées visant à poursuivre en priorité le développement des soins et des services à domicile, à accentuer le soutien aux familles logeant une personne âgée en perte d'autonomie et enfin, à poursuivre le développement du réseau des centres de jour.

Les proches des personnes âgées assument encore de 70 à 80 % de l'aide nécessaire mais cette aide entraîne souvent du stress qui a des répercussions sur la santé physique et psychique de ces aidants naturels. Il est donc important de reconnaître davantage les services à domicile, de les consolider et de les augmenter.

Pour les services d'hébergement et de soins de longue durée, le gouvernement a investi de façon importante au cours des dernières années, car l'hébergement constitue un maillon essentiel de la gamme des ressources gérontologiques et gériatriques. Tous les moyens nécessaires sont mis en oeuvre pour répondre aux besoins d'aménagement de places d'hébergement et de soins de longue durée pour cette clientèle. Celle-ci présente de plus en plus de problèmes de perte d'autonomie physique et cognitive et le nombre d'heures requis en soins infirmiers augmente de 2 % annuellement.

Des crédits de 28 000 000 $ ont été consentis en 1990-1991 dans le domaine de l'alourdissement et du maintien à domicile.

Les C.L.S.C.

Les Québécois continuent d'utiliser massivement les salles d'urgence, les polycliniques et les consultations externes des centres hospitaliers. Pour contrecarrer cette tendance, le Ministère a l'intention de consolider la mission de première ligne des C.L.S.C.

Or, la consolidation et le renforcement des C.L.S.C. comme établissements publics responsables de services de première ligne signifient un accroissement des heures d'ouverture, du budget de maintien à domicile, des services médicaux et infirmiers courants, des services à assurer auprès des enfants et des familles à risque, des jeunes en difficulté, des personnes avec des problèmes de santé mentale ainsi que des autres groupes à risque. Afin que ces établissements soient en mesure d'exercer cette nouvelle mission et même de l'intensifier, 10 000 000 $ y seront consacrés en 1991-1992.

La santé mentale

En janvier 1989, le Québec se dotait d'une politique en santé mentale.

En 1991, des actions concrètes ont été menées :

- la majorité des plans régionaux d'organisation de services en santé mentale ont été déposés;
- des enveloppes régionales de développement ont été octroyées selon une formule de péréquation basée sur la richesse relative de chaque région;
- la première phase de la campagne d'information et de sensibilisation en santé mentale a été lancée en mars 1990, et la seconde était en cours en avril 1991;
- les plans de services individualisés et les programmes de formation ont été élaborés;
- les plans de services pour l'ensemble des régions, élaborés par les conseils régionaux, seront complétés en mai 1991.

Dès lors, des spécialistes dans le domaine analyseront ces plans pour les approuver, et des réaffectations de ressources intrarégionales permettront de réaliser tout ce travail en santé mentale. En 1991-1992, des crédits de 8 000 000 $ seront investis dans ce secteur.

Les sages-femmes

Un projet de loi a été adopté en juin 1990 sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes.

Des expériences étrangères fournissent déjà certaines garanties sur le bien-fondé de la pratique des sages-femmes, mais il est nécessaire d'évaluer l'impact de la pratique des nouveaux intervenants dans le contexte québécois.

Éventuellement, des projets-pilotes verront le jour et ils seront évalués par un groupe d'experts. Celui-ci présentera ses recommandations au Ministère sur l'opportunité de permettre ou non la pratique des sages-femmes et, le cas échéant, sur la détermination de l'organisation professionnelle de cette pratique et sur le mode d'intégration de la sage-femme dans l'équipe de périnatalité.

La toxicomanie

La lutte contre la drogue est une question préoccupante pour la société québécoise et le gouvernement du Québec y accorde une attention bien spéciale.

Le groupe de travail sur la lutte contre la drogue, créé en 1989 et présidé par monsieur Mario Bertrand, a déposé son rapport à l'été 1990. Les conclusions ne laissent planer aucun doute : les conséquences de l'usage assidu et excessif de psychotrope entraînent des problèmes de santé et des difficultés psychosociales pour les individus.

De plus, au Québec comme ailleurs, le phénomène est inquiétant. En 1988, on estimait que l'usage abusif de la drogue aurait coûté au total près de 1 200 000 000 $, dont plus de 800 000 000 $ pour les services de santé et les services sociaux. Le Ministère n'a donc pas le choix, il doit participer au processus qui consiste à lutter contre ce fléau car les coûts occasionnés au système de santé et de services sociaux justifient à eux seuls cette intervention.

Globalement, le gouvernement consacrera 15 300 000 $ pour lutter contre la drogue. À lui seul, le Ministère recevra 8 400 000 $ en 1991-1992, l'équivalent de 54,9 % de crédits nouveaux accordés à ce secteur. Ces crédits serviront à mobiliser et à coordonner des actions dans chacune des régions, à intensifier la prévention dans le but de réduire à moyen et à long termes la consommation de drogue et à développer des services de réadaptation pour mieux répondre aux besoins des personnes qui ont déjà des problèmes reliés à la toxicomanie.

Les services en langue anglaise

L'accessibilité des services de santé et des services sociaux est l'un des objectifs fondamentaux poursuivi par le gouvernement en matière de santé et de services sociaux. Afin de rendre des services accessibles aux concitoyens de langue anglaise, le gouvernement a approuvé, pour chacune des régions, un programme d'accès aux services offerts par le réseau d'établissements de santé et de services sociaux. Pour coordonner ce plan d'action, on injectera 1 100 000 $.

Les anglophones du Québec compteront ainsi sur 249 établissements (79 établissements désignés et 170 indiqués) pour recevoir des services dans leur langue. Sur les 897 établissements de santé et de services sociaux que compte le Québec, ceci représente un pourcentage de 28 % qui ont l'obligation de rendre accessibles des services en langue anglaise.

Les familles d'accueil

Pour maintenir le bénéficiaire dans son milieu naturel ou dans un milieu s'en rapprochant le plus possible, la famille d'accueil devient un milieu de vie privilégié pour les enfants, les adultes et les personnes âgées.

Avec les années, ces clientèles présentent des problèmes de plus en plus complexes. Au milieu des années 80, le Ministère a reconnu cette situation et trois nouvelles catégories de familles d'accueil ont été créées : la famille d'accueil régulière, spéciale et de réadaptation. Des compensations financières ont été données à ces familles, en fonction de chaque catégorie.

Cependant, le Ministère doit modifier substantiellement la tarification des différentes catégories de familles d'accueil et élargir les critères permettant le financement de ces ressources.

En 1991-1992, des crédits de 16 400 000 $ seront ajoutés, ce qui portera à 113 000 000 $ l'enveloppe budgétaire consentie aux familles d'accueil.

Le plan de relance économique

En 1990-1991, lors de la première phase du plan d'accélération des investissements publics, des crédits de 75 000 000 $ ont été consentis pour des travaux de réfection dans le secteur de la santé et des services sociaux.

En 1991-1992, les crédits pour la seconde phase seront de 105 000 000 $. Pour ces deux années, 180 000 000 $ seront donc investis dans les établissements du réseau, sans compter les quelque 300 000 000 $ déjà consentis annuellement dans ce secteur.

Ce sont les conseils régionaux qui, partout sur le territoire, ont recommandé une liste de projets au Ministère, en conformité avec les cibles prioritaires qui ont été identifiées dans le document de la réforme de la santé et des services sociaux.

Autres crédits

Des crédits nouveaux au montant de 2 000 000 $ ont également été ajoutés pour accroître les services dispensés par les maisons d'hébergement jeunesse, par les centres de femmes et par les organismes de mesures de rechange. De plus, 1 000 000 $ a été affecté à la gestion du transport par ambulance.

1.3 La réforme du système de la santé et des services sociaux

La réforme du système de la santé et des services sociaux privilégie le point de vue du citoyen, à titre de consommateur, de décideur et de payeur, dans la définition des orientations et des mesures qui sont annoncées. Le document **Une réforme axée sur le citoyen** formule, sous neuf orientations, l'ensemble des volontés gouvernementales.

Pour le citoyen consommateur :

1. des citoyens dont les droits sont reconnus et respectés;
2. des citoyens qui bénéficient de services adaptés à leurs besoins;
3. des citoyens qui reçoivent des services le plus près possible de leur milieu de vie;
4. des citoyens accueillis, aidés et traités par un personnel dévoué et dédié à sa tâche.

Pour le citoyen décideur :

5. une prise de décision le plus près possible de l'action;
6. des citoyens au coeur de la prise de décision;
7. des citoyens imputables de leurs décisions.

Pour le citoyen payeur :

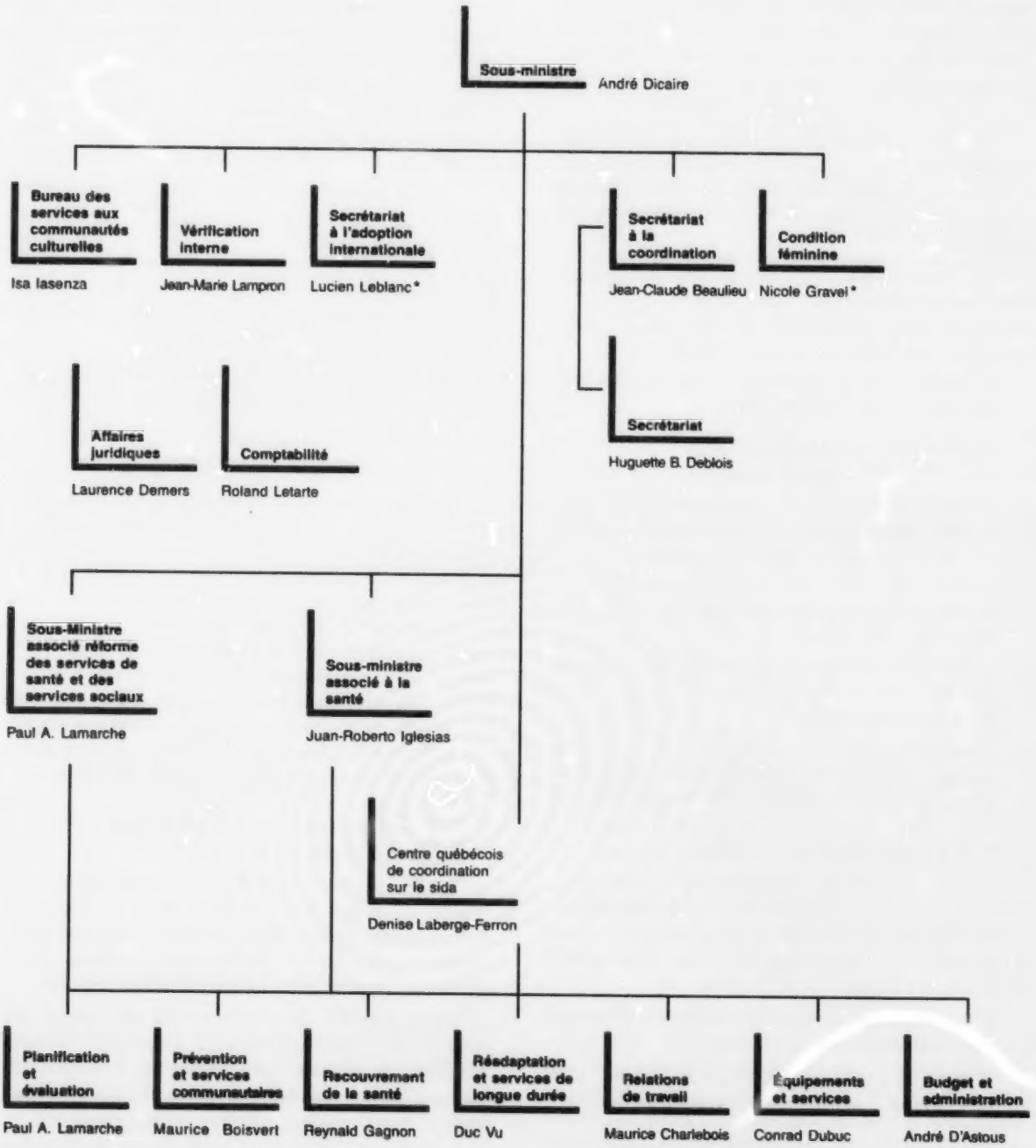
8. des citoyens qui en ont pour leur argent;
9. des citoyens qui doivent assumer le coût des services.

Le projet de loi 120 **Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives** a été déposé à l'Assemblée nationale le 10 décembre 1990. Ce projet de loi de 494 articles traduit, dans le domaine législatif, un nombre important de mesures pour la réforme du système de la santé et des services sociaux.

Lors d'une tournée des régions du Québec, les nouvelles volontés gouvernementales en matière de santé et des services sociaux ont été présentées à la population et aux représentants du réseau, qui ont été invités à communiquer leurs réactions face aux dispositions du projet de loi. Avant que la Commission parlementaire des affaires sociales n'entreprenne, en mars 1991, l'étude détaillée du projet de loi 120, plus de 200 groupes et individus avaient soumis leurs commentaires et leurs propositions, ce qui a permis de bonifier considérablement la proposition législative.

Partie II
Le bilan administratif

2.0 Le bureau du sous-ministre



* Par intérim

2.1 Le bureau des services aux communautés culturelles

Le Ministère a comme objectif de poursuivre ses efforts en vue de lever les barrières qui compromettent l'accessibilité aux services de plusieurs clientèles cibles. Les Québécois et Québécoises issus des diverses communautés ethnoculturelles et raciales minoritaires sont parmi les clientèles qui requièrent une attention particulière à cet égard car des barrières linguistiques et culturelles existantes réduisent l'accès aux services. De ce fait, le Ministère veut s'assurer que toute personne ait un accès équitable aux services de santé et aux services sociaux.

Le rôle du Bureau des services aux communautés culturelles est d'appuyer les instances régionales et les établissements dans l'amélioration de la distribution des services dans un contexte multiethnique et multiracial.

Les mesures mises de l'avant par le Ministère s'ajoutent aux efforts déjà faits par certains établissements pour mieux desservir la clientèle issue des communautés culturelles et visent essentiellement :

— l'intégration de la dimension interculturelle dans tous les programmes du Ministère;

— une meilleure communication avec la clientèle sur les plans linguistique et culturel;

— une plus grande présence des Québécois et Québécoises issus des diverses communautés ethnoculturelles minoritaires dans le réseau;

— une reconnaissance du rôle et de l'expertise culturelle des organismes communautaires des communautés culturelles;

— la diffusion d'une information adéquate, aux communautés culturelles, sur les services et le fonctionnement du réseau;

— la promotion de la recherche qui vise à connaître les besoins particuliers afin de développer des approches et des modèles d'intervention adaptés.

2.2 La vérification interne

La Direction de la vérification a pour mandat de procéder à des évaluations et de formuler des recommandations portant sur la gestion du Ministère, de ses programmes, de ses activités et de ses unités afin de permettre à l'organisation, entre autres :

— d'améliorer l'utilisation de ses ressources humaines, matérielles et financières;

— d'aider les gestionnaires à mieux atteindre leurs objectifs et à assumer leurs responsabilités;

— d'assurer que les actes et pratiques administratives soient exécutés en conformité avec les lois, les règlements et les directives, et que les politiques soient cohérentes et suffisantes;

— d'avoir des informations fiables, opportunes et utiles quant aux décisions et aux orientations à prendre.

La Direction doit aider le sous-ministre et les gestionnaires dans l'identification des mesures correctives relativement aux recommandations formulées, conseiller sur les projets en cours de développement et fournir des avis lorsque nécessaire. Elle agit enfin comme soutien au réseau dans le développement de la vérification interne, notamment en faisant la promotion des avantages à retirer de ces évaluations et en fournissant un soutien professionnel et technique.

Afin de mener à bien son mandat d'évaluation et d'aide à la gestion, la Direction de la vérification interne a développé au cours des années l'utilisation de la méthode de la vérification intégrée. Cette méthode a pour but de s'assurer que les services publics sont dispensés avec discernement, avec efficience et avec un souci d'économie.

Au cours de la dernière année, deux rapports de vérification ont été déposés et portaient sur :

— la Direction de la planification;

— le suivi de gestion au M.S.S.S.

La Direction a également exercé son rôle de promoteur et d'aide technique et professionnelle dans le développement de la vérification interne intégrée dans le réseau des établissements. Elle en a fait la promotion lors de diverses conférences et rencontres et elle en appuie le développement dans plusieurs établissements. Les efforts de promotion ont permis à un grand nombre d'établissements d'être sensibilisés à ce concept de vérification et à ses résultats. L'implantation de cet outil se fait progressivement dans les grands établissements. D'autre part, il faudra expérimenter d'autres façons de faire pour les petits établissements.

2.3 Le Secrétariat à l'adoption internationale (S.A.I.)

Le Secrétariat à l'adoption internationale a pour mission de veiller à l'application de la législation et de la politique québécoise en matière d'adoption internationale et d'aider les Québécois et Québécoises qui ont formé le projet d'adopter un enfant étranger.

Le S.A.I. est aussi responsable du programme pour les réfugiés mineurs, sans accompagnateur, et représente le Ministre dans les cas des ressortissants mineurs qui doivent être parrainés par des membres de leur famille.

Afin de réaliser son mandat, le S.A.I. collabore avec le ministère des Affaires internationales à la négociation d'ententes avec les pays étrangers et le gouvernement fédéral.

Le S.A.I. n'a pas voyagé à l'étranger au cours de l'année 1990-1991. Il a cependant reçu des représentants d'autres pays dont l'Inde, Taiwan et le Mexique. Il a aussi entretenu des contacts avec les représentants consulaires de plusieurs pays.

Durant l'année 1990-1991, 670 autorisations de projets d'adoption internationale ont été émises concernant des enfants provenant de 41 pays différents. Au cours de cette même période, le Secrétariat a travaillé avec les autres intervenants à mettre en oeuvre les nouvelles dispositions législatives entrées en vigueur en septembre 1990.

2.4 Le Secrétariat à la coordination

Le Secrétariat à la coordination assure le suivi administratif des documents officiels du Ministère. Il conseille le sous-ministre sur les dossiers en cours et le fonctionnement du Ministère. Il appuie le Comité de coordination dans ses interventions et son fonctionnement.

Enfin, il assure le suivi budgétaire et financier des unités administratives relevant de la direction supérieure.

2.4.1 Le Secrétariat

Le Secrétariat du ministère a pour mandat d'assurer la coordination et le contrôle des activités relatives au cheminement et à la conservation des documents officiels du Ministère ainsi qu'au maintien et à la mise à jour du fichier des membres des conseils d'administration des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Il élabore et applique les procédures internes relatives à ces activités et à celles qui sont nécessaires au bon fonctionnement du Ministère.

Le Secrétariat planifie et coordonne l'activité annuelle d'attribution des Prix Persillier-Lachapelle; il assume la direction de la campagne Centraide au Ministère et il prépare le rapport annuel du Ministère en collaboration avec les différentes unités administratives.

Les Prix Persillier-Lachapelle	***Les récipiendaires 1990***
Prix d'excellence (établissement) :	Villa de l'Essor inc. (maintenant Les services d'adaptation Osmose) St-Anaclet (région 01)
Prix d'excellence (organisme communautaire) :	Albatros 08 inc. Rouyn-Noranda (région 08)
Maintien à domicile (établissement :)	Foyer Dorval Dorval (région 06-A)
Maintien à domicile (organisme communautaire) :	Les Ainé(e)s de J.A.K. inc. Jonquière (région 02)
Promotion de la santé et des services communautaires :	Moisson Montréal inc. Montréal (région 06-A)
Services en santé mentale :	Projets P.A.R.T. Montréal (région 06-A)
Programmes innovateurs :	Beaumanoir de Chicoutimi inc. Chicoutimi (région 02)

2.5 La condition féminine

Le Service de la condition féminine conseille le sous-ministre quant aux orientations ministérielles et aux activités du Ministère reliées à la condition féminine.

En concertation avec l'ensemble des directions générales et en collaboration avec les responsables du dossier sur la condition de vie des femmes dans les Conseils de la santé et des services sociaux, il collabore au développement et à la mise en oeuvre de politiques et de programmes qui répondent aux besoins spécifiques de la clientèle et du personnel féminin du Ministère et de son réseau. De même, il collabore à la réalisation des orientations et du plan d'action gouvernemental en matière de condition féminine dont la coordination est assurée par le Secrétariat à la condition féminine.

Au cours de l'année 1990-1991, le Service à la condition féminine a entrepris la réalisation d'un bilan des principales actions du Ministère, de 1987 à 1990, en matière de condition féminine. Il a principalement collaboré aux travaux préparatoires et à l'élaboration de la politique de santé et de bien-être. Il a coopéré activement aux dossiers de la violence, de la santé mentale, des toxicomanies et de la planification des naissances en fournissant des expertises et en collaborant aux travaux de comités de travail, aviseurs ou consultatifs. De plus, il a participé au Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la santé des femmes.

Finalement, le Service a réalisé des activités à l'intention du personnel du Ministère de Québec et de Montréal lors de la Journée internationale des femmes et a répondu à de nombreuses demandes d'information et de référence.

2.6 Les affaires juridiques

Relevant du ministère de la Justice, la Direction des affaires juridiques est responsable de l'élaboration des lois et des règlements dont l'application relève du Ministère. Elle agit à titre de conseillère juridique auprès des autorités du Ministère et du réseau de la santé et des services sociaux et procède à la rédaction d'actes juridiques.

2.7 La comptabilité

Relevant du ministère des Finances, la Direction de la comptabilité assume les responsabilités dévolues au Contrôleur des finances par la Loi sur l'administration financière.

Ses fonctions consistent principalement à :

— tenir la comptabilité du Ministère et s'assurer de la qualité du contenu de l'information;

— contrôler, en fonction de la législation, de la réglementation et des directives en vigueur, la régularité et la conformité des engagements, des dépenses, des déboursés, des revenus et des recettes;

— agir comme conseillère auprès du personnel du Ministère dans l'application des règlements, directives et politiques ainsi qu'en matière de comptabilité, de contrôle et de système.

3.0 Les directions générales

* Par intérim

3.1 La planification et l'évaluation

La Direction générale de la planification et de l'évaluation est une direction fonctionnelle qui a d'abord un rôle de planification et d'évaluation du domaine de la santé et des services sociaux. Elle a aussi un rôle de soutien à l'action des directions générales réseau. Elle a pour fonctions principales :

— de clarifier la mission, le rôle et les priorités du Ministère;

— de proposer les orientations, les politiques et les plans d'action visant leur réalisation;

— de veiller à l'évaluation périodique des stratégies et des programmes;

— de veiller à l'orientation et à la coordination de la recherche dans le champ d'intervention du Ministère;

— de coordonner les activités de coopération internationale et interministérielle, de fournir les services de documentation et d'administrer les activités afférentes à la Loi d'accès à l'information et à la Loi sur les archives.

La Direction générale de la planification et de l'évaluation a pour objectifs :

— de permettre le développement d'une véritable préoccupation de la planification afin d'être plus en mesure d'orienter les activités du réseau à moyen et à long termes;

— de développer une expertise et une masse critique nécessaires à l'établissement de la position stratégique du Ministère face aux problèmes auxquels le Québec sera confronté d'ici à l'an 2000;

— de permettre une meilleure intégration entre la santé et les services sociaux par le développement d'approches et de stratégies incluant ces deux dimensions complémentaires;

— de faire en sorte de mieux évaluer les résultats obtenus pour répondre adéquatement aux problèmes actuels et à ceux qui se poseront éventuellement.

3.1.1 Les études sociosanitaires

L'année 1990-1991 a été marquée par des travaux d'envergure pour identifier les problèmes de santé et de bien-être qui affectent le plus la population, les causes communes de ces problèmes ainsi que les groupes les plus susceptibles de les vivre.

Ces études ont porté sur les problèmes suivants : la prématurité, les naissances de faible poids, les anomalies congénitales, les maladies cardio-vasculaires, les maladies ostéo-articulaires, les maladies respiratoires, les M.T.S et le sida, les maladies infectieuses, les traumatismes, les incapacités, le cancer, la détresse psychologique, le suicide, la violence, les abus et la négligence, les troubles du comportement, la délinquance, l'itinérance, les problèmes dentaires.

Les travaux ont aussi couvert l'environnement, les conditions de vie, les milieux de vie, la pauvreté ainsi que les groupes particuliers suivants : les familles, les jeunes, les aînés, les milieux autochtones, les communautés culturelles, les hommes, les femmes et certains milieux géographiques plus fragiles.

L'ensemble de ces études constitue les connaissances de base servant à l'élaboration de la politique de santé et de bien-être.

D'autres études sociosanitaires d'importance ont connu leur aboutissement en termes de diffusion ou de support à la recherche et à la prise de décision : l'analyse des principaux indicateurs sociosanitaires du Québec et de l'étranger, l'analyse de la mortalité au Québec et dans les régions sociosanitaires, les caractéristiques sociodémographiques des personnes âgées au Québec, l'analyse des données québécoises de l'enquête fédérale de 1986 sur les limitations d'activités, les indicateurs et objectifs de surveillance en matière de M.T.S., les indicateurs sociaux de la jeunesse en difficulté.

3.1.2 Des politiques et des plans sociosanitaires

Le 10 mai 1990, le Ministre annonçait le début des travaux d'élaboration de la politique de santé et de bien-être. Cette démarche constitue un élément important dans la réforme de la santé et des services sociaux afin qu'elle soit vraiment axée sur le citoyen et la solution de ses problèmes.

La politique orientera l'ensemble du système de santé et de services sociaux et permettra de doter le système d'objectifs de résultats visant à améliorer la santé et le bien-être de la population québécoise.

Un comité ministériel a été mandaté pour préparer une politique en périnatalité identifiant les objectifs et les mesures à prendre pour s'attaquer aux problèmes prioritaires. Le groupe de travail, s'appuyant sur les cinq avis produits en périnatalité par le Ministère en 1988-1989, a contribué à l'élaboration de la politique de santé et de bien-être et a axé ses travaux sur la réduction de la prématurité, des naissances de faible poids, des anomalies congénitales, des grossesses à l'adolescence, des conséquences de la pauvreté qui touche un bébé sur cinq et des problèmes d'adaptation parentale.

Pour faire suite à l'adoption de la Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes le 22 juin 1990, des décrets visant la formation du Comité d'admission à la pratique des sages-femmes et du Conseil d'évaluation des projets-pilotes ont été

publiés et les deux comités ont commencé leurs travaux. Cette loi s'inscrit dans la volonté gouvernementale d'identifier et d'expérimenter les services les mieux adaptés au processus normal de la naissance et aux besoins des futurs parents.

Le 27 avril 1990, un groupe d'experts sur les personnes aînées a été créé afin de formuler des orientations visant à indiquer clairement la direction vers laquelle le Ministère devrait s'engager au cours des prochaines années pour permettre aux personnes aînées de développer et de maintenir leur participation active à la vie collective. Ce groupe doit aussi formuler des objectifs mesurables et préciser les actions à entreprendre pour atteindre ces objectifs. Présidé par M. Jean Pelletier, le groupe comprend quinze membres.

De plus, afin de compléter la politique ministérielle sur la violence en milieu familial, des orientations ont été élaborées au sujet des conjoints violents.

Enfin, des travaux ont été réalisés pour rendre la politique de contribution des adultes hébergés plus compatible avec les orientations ministérielles à l'égard des personnes en perte d'autonomie et avec les politiques gouvernementales de financement des programmes sociaux et de sécurité du revenu.

3.1.3 La planification des ressources humaines

Une version révisée du cadre de référence qui sert à l'évaluation des plans régionaux d'effectifs médicaux couvrant la période 1990-1993, de même qu'une analyse d'impact des plans d'effectifs sur l'amélioration de la répartition interrégionale des médecins entre 1987 et 1990 ont été produites. De plus, une analyse des plans d'effectifs médicaux transmise au Ministère par les Conseils de la santé et des services sociaux a été réalisée. Toutes ces actions ont été coordonnées en fonction de la réforme et des buts poursuivis par le Ministère.

La table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec a participé aux travaux pour estimer l'évolution de l'offre et de l'utilisation des services médicaux au Québec à court, à moyen et à long termes.

La politique triennale des admissions dans les programmes de formation médicale pour les années 1991-1992, 1992-1993 et 1993-1994 a été produite. Une série de documents statistiques portant sur l'évolution, la répartition géographique et les comparaisons interprovinciales des effectifs médicaux par spécialité a aussi été réalisée.

Une contribution a été apportée à la réalisation du programme de travail du comité de coordination des négociations avec les médecins, notamment sur la régionalisation des budgets de la R.A.M.Q.

La table de concertation sur la main-d'oeuvre en soins infirmiers a produit plusieurs travaux d'analyse dont ceux qui portent sur le cadre de référence pour la planification de la main-d'oeuvre en soins infirmiers au Québec et sur les statistiques du personnel en soins infirmiers du réseau de la santé et des services sociaux.

Quant à la planification de la main-d'oeuvre en réadaptation, la réflexion amorcée sur les modes d'organisation du personnel de la réadaptation fonctionnelle et sa répartition géographique s'est poursuivie.

Des travaux ont aussi été réalisés pour accroître le processus de décision ralliant la planification de la main-d'oeuvre à la formation professionnelle. Un comité regroupant des représentants du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science et du ministère de la Santé et des Services sociaux a été créé notamment pour s'assurer que les décisions prises en matière de formation collégiale et universitaire contribuent à l'amélioration de la qualité des services et des soins dispensés par le personnel du réseau de la santé et des services sociaux, compte tenu des besoins de la population.

3.1.4 La planification des ressources financières et institutionnelles

La répartition interrégionale des ressources et le développement de la méthodologie qui l'appuie visent essentiellement à permettre que les ressources nouvelles consenties dans les secteurs de la santé et des services sociaux soient dirigées vers les endroits où les besoins de la population sont les plus importants.

Deux paramètres sont utilisés pour assurer cette répartition. Le premier est constitué de sommes investies dans un secteur, auprès d'une clientèle ou dans une problématique bien circonscrite. Le second est une mesure du besoin des populations concernées indépendamment de la consommation de services.

En usage depuis 1986, cette approche a été utilisée pour répartir les crédits de développement 1990-1991 dans les programmes visant les personnes âgées en perte d'autonomie, la santé mentale et les jeunes en difficulté.

Un inventaire décrivant la répartition des ressources en lits de courte durée et de longue durée a été produit. Sur cette base, un bilan de l'écart entre les ressources disponibles et les ressources requises a été réalisé faisant état des besoins en lits pour 1996 et 2001.

Un cadre de référence a aussi été établi pour dégager les priorités dans le développement et le réaménagement de lits, en tenant compte des besoins additionnels de 2000 lits de soins de courte durée et de 7000 lits de soins de longue durée, annoncés dans la réforme.

Ces travaux s'appuient sur des critères favorisant une répartition des lits en fonction des populations à desservir et de leurs caractéristiques sociosanitaires.

3.1.5 Des études et des recherches évaluatives

Les travaux relatifs au programme d'évaluation du processus de réponse aux besoins de longue durée des personnes âgées en perte d'autonomie se sont poursuivis. Ils ont donné lieu au rapport final sur les mécanismes régionaux d'orientation et d'admission, au rapport final d'évaluation du programme de services intensifs à domicile (S.I.M.A.D.) ainsi qu'à une recension des méthodes d'évaluation des coûts alternatifs à l'hébergement institutionnel.

La question de la périnatalité a également retenu l'attention. Les taux d'interventions obstétricales ont été analysés et deux publications ont été produites : **Évolution des indications de césariennes au Québec, 1981-82 à 1987-88** et **Évolution des interventions obstétricales au Québec, 1981-82 à 1987-88**.

Dans les programmes de lutte contre le sida et des services aux personnes atteintes, des études ont été réalisées. Les documents suivants ont été produits : une estimation de la consommation et du coût des médicaments prescrits aux sidéens, un bilan des connaissances sur l'épidémie du VIH et du sida au Québec, ainsi qu'une évaluation des coûts et des bénéfices de l'extension de la couverture de l'AZT. Une étude sur l'hébergement des personnes atteintes du sida et un portrait socio-économique sommaire des personnes séropositives et atteintes du sida ont également été effectués par des chercheurs externes.

Certaines recherches évaluatives, subventionnées sur une longue période, ont commencé ou se sont poursuivies; c'est le cas de l'étude sur la qualité de vie et l'intégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle. Plusieurs autres travaux ont également démarré dont une recherche sur l'évaluation de la performance du Conseil d'évaluation des technologies, une étude sur le développement ou l'amélioration des outils d'évaluation des clientèles des services sociaux ainsi que l'élaboration d'un protocole d'évaluation sommaire d'un projet à actions multiples visant la prévention de l'abus d'alcool et de drogues chez les jeunes.

De plus, un portrait global du système québécois d'aide aux jeunes en difficulté a été complété alors que s'amorçaient ou se poursuivaient une revue de littérature sur les alternatives au placement d'enfants et une étude sur les problématiques des jeunes en difficulté.

Enfin, un rapport préliminaire sur les aspects conceptuels de la qualité des soins et des services a été produit.

3.1.6 Le monitorage et l'instrumentation

Les efforts pour le développement, le maintien et l'amélioration des systèmes de monitorage se sont poursuivis. Quant au dossier des urgences, une méthode d'identification et de dénombrement des civières a été appliquée uniformément à chaque salle d'urgence afin d'améliorer la qualité des données sur l'évolution de l'engorgement des salles d'urgence. Les résultats de ces travaux sont décrits dans le document intitulé **Capacité fonctionnelle des salles d'urgence : combien de civières avez-vous ?**

Dans la collection « Données statistiques et indicateurs » ont paru :

- **Statistiques évolutives des dépenses gouvernementales pour la mission sociale 1980-81 à 1989-90;**
- **Statistiques évolutives concernant les ressources humaines et matérielles du système sociosanitaire québécois SERHUM;**
- **Nature et gravité des incapacités au Québec en 1986;**
- **SIFO système d'information financière et opérationnelle — synthèse statistique 1981-82 à 1987-88;**
- **Rapport annuel des nouveaux cas de cancer déclarés au fichier des tumeurs du Québec année 1987**

Ont également paru hors collection :

- **Comparaison Québec-Ontario, évaluation des dépenses de santé de 1977 à 1987;**
- **Statistiques MED-ECHO pour la période 1984-85 à 1988-89.**

De plus, le Ministère a continué d'assumer sa coresponsabilité pour la production des **Statistiques annuelles de la Régie de l'assurance-maladie du Québec**.

Enfin, les travaux d'implantation et de pilotage du nouveau système d'information M-22 qui gère le découpage territorial du Ministère se sont poursuivis. Un atlas cartographique représentant les territoires des régions sociosanitaires, des départements de santé communautaire et des C.L.S.C. sera disponible, prévoit-on, à l'automne 1991.

3.1.7 La planification stratégique

Au terme de la consultation générale menée en commission parlementaire de janvier à avril 1990, en marge de l'étude de l'avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux, l'action ministérielle en planification stratégique a soutenu les activités de préparation, de rédaction et de diffusion des orientations gouvernementales en matière de santé et de services sociaux.

Fort des points de vue exprimés jusque-là par la population et les intervenants du secteur de la santé et des services sociaux sur les principales difficultés de fonctionnement du système, le Ministère s'est d'abord employé, à l'interne, à préciser les orientations et à identifier les mesures que le Gouvernement du Québec devait ensuite sanctionner.

Au terme de ces consultations et de ces travaux, le contenu de la réforme du système de la santé et des services sociaux a été publié le 7 décembre 1990. Les orientations gouvernementales sont présentées dans un document intitulé : **Une réforme axée sur le citoyen.**

Les volontés gouvernementales visent à relever trois défis qui doivent être simultanément affrontés par le réseau des services de santé et des services sociaux :

— assurer un développement qui corrige les lacunes actuelles des services offerts à la population et qui permet de répondre aux besoins de demain;

— assurer un fonctionnement qui permette de mieux utiliser l'argent actuellement investi dans le réseau;

— assurer un financement qui respecte la capacité de payer de l'État.

3.1.8 La coordination de la recherche

Le budget de la recherche s'est élevé à 37 284 100 $ en 1990-1991, soit une augmentation de 6,6 %. De ce montant, le Fonds de la recherche en santé du Québec a reçu 32 501 300 $, le Conseil québécois de la recherche 2 671 200 $, le programme commun F.R.S.Q.-C.Q.R.S. de recherche en santé mentale 1 000 000 $ et les autres activités de recherche 1 111 600 $.

Le Fonds de la recherche en santé du Québec (F.R.S.Q.) et le Conseil québécois de la recherche sociale (C.Q.R.S.) sont des organismes relevant du Ministre. On trouvera dans la section du rapport annuel relatif à ces organismes des précisions additionnelles sur leurs activités.

L'exercice financier 1990-1991 a favorisé le développement d'un nouveau programme de subvention en santé mentale. La gestion financière est confiée au F.R.S.Q. et les évaluations scientifiques de même que les décisions relèvent conjointement du C.Q.R.S. et du F.R.S.Q.

En 1990-1991, le Ministère a accéléré son plan de consolidation des centres et instituts de recherche. Une réserve de 16 000 000 $ a été créée au Plan triennal d'immobilisations 1989-1991 pour financer des projets de construction, d'agrandissement, de réaménagement ou de rénovation des centres et instituts de recherche. Huit projets totalisant 35 000 000 $ ont été analysés et retenus pour être réalisés. La contribution financière du Ministère pour de nouvelles constructions de centres de recherche est de 20 % du coût du projet et les coûts additionnels doivent être autofinancés.

Comme par les années passées, les relations avec le F.R.S.Q. et le C.Q.R.S. ont été intenses. Plusieurs dossiers communs avec le Ministère ont été poursuivis, de même que la participation active d'un représentant du Ministère aux conseils d'administration des deux organismes.

Sur le plan multisectoriel, il faut mentionner notre participation à un comité interministériel rattaché au Secrétariat du Fonds de développement technologique pour l'étude des projets mobilisateurs. Des collaborations se sont également développées avec le ministère de l'Enseignement supérieur concernant des dossiers communs, notamment celui sur les centres d'excellence financés par le gouvernement fédéral. De plus, un représentant du Ministère siège au Comité des fondateurs de la Revue Médecine Sciences.

Enfin, le Ministère a maintenu des relations actives avec les organismes subventionnaires fédéraux et a participé à des comités de travail, en plus d'avoir effectué l'évaluation de la pertinence des projets de recherche provenant de chercheurs québécois et présentés dans le cadre du Programme national de recherche et développement en matière de santé (P.N.R.D.S.) et du Programme de subventions nationales au bien-être social (P.S.N.B.S.).

3.1.9 La coopération internationale

Dans le secteur de la coopération internationale, le ministère de la Santé et des Services sociaux a organisé plus de 90 missions, dont 60 venaient de l'étranger. Il a en outre facilité la participation québécoise à une trentaine d'activités techniques et scientifiques internationales.

De plus, le Ministère a participé à la 42e Assemblée annuelle de l'Organisation mondiale de la santé à Genève en mai 1990 et, en septembre, à la 34e Session du Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la santé, à Washington.

Dans le cadre de sa participation aux activités de ce dernier organisme, le Ministère organisait en mai 1990 un colloque sur **La santé internationale : un champ d'étude et de pratiques professionnelles**.

Par ailleurs, le Ministère a élaboré et mis en place une stratégie centrée sur l'exportation des compétences du secteur sociosanitaire. Les actions pour développer ce nouvel axe s'appuient sur les efforts déjà consentis par le Ministère et le réseau aux relations internationales qui ont pris de l'ampleur depuis une dizaine d'années.

3.1.10 La coopération interministérielle

Dans le secteur de la coopération interministérielle, le ministère de la Santé et des Services sociaux a participé à la préparation et au suivi de deux sommets socio-économiques, soit ceux des régions du Saguenay-Lac Saint-Jean et de Lanaudière ainsi que de la conférence biennale du Bas Saint-Laurent.

Le Ministère a poursuivi sa collaboration avec la Société Radio-Québec et la Télé-Université afin de favoriser une utilisation optimale des émissions de la série télévisée éducative « C'est la vie », destinée au troisième âge.

3.1.11 La gestion documentaire

Au cours de l'année écoulée, le Service de la documentation a répondu, entre autres, à 23 573 demandes (volumes, rapports de recherche, périodiques, dossiers documentaires, etc.,) ce qui représente une augmentation de 4.2 % par rapport à l'an dernier. De plus, au-delà de 2000 personnes ont consulté sur place les fonds documentaires disponibles au centre de documentation du Ministère tant à Québec qu'à la succursale de Montréal. Le Service a également produit un recueil des discours officiels du M.S.S.S., des bibliographies thématiques, des revues de presse reliées au projet de réforme de la santé et des services sociaux, de même qu'un document promotionnel du Service.

De plus, le centre de documentation a été réaménagé et une partie du personnel de la division du traitement et de la gestion des documents a été rélogée. Le Service a poursuivi sa participation au projet-pilote d'informatisation des bibliothèques gouvernementales, de même qu'à certaines expériences de diffusion d'information avec des services du Ministère par l'utilisation de technologies informatiques. En coopération avec l'Office de la langue française, le Service de la documentation a participé à la création d'une Commission de terminologie sur la santé.

En collaboration avec le Service de la documentation, la Direction des systèmes d'information a réalisé une étude préliminaire pour relancer la gestion des documents au sein du M.S.S.S. Le Service de la documentation a répondu à 331 demandes reliées à l'implantation du système de gestion des documents dans les différentes unités administratives du Ministère. Il a de plus traité 200 demandes d'accès à des dossiers de bénéficiaires ayant déjà reçu des services dans des établissements du réseau qui ont fermé leurs portes ou changé de vocation. En conformité avec le calendrier de conservation des documents du Ministère, 513 boîtes de documents semi-actifs ont été, soit réactivés, soit éliminés, soit microfilmés ou soit versés aux Archives nationales du Québec.

3.1.12 L'accès à l'information

Le responsable ministériel de l'application de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels a dû répondre, entre autres, à 54 demandes formelles d'accès à des documents ou à des renseignements personnels détenus par le Ministère, à quinze demandes d'accès à des fichiers de renseignements nominatifs utilisés à des fins de recherche, d'étude ou de statistique, à cinq demandes de déclaration de fichier de renseignements personnels, à une demande d'élaboration de protocole d'entente d'échange de renseignements personnels entre organismes publics et, enfin, à 68 demandes de renseignements généraux et d'avis sur la loi.

* Par intérim

3.2 La prévention et les services communautaires

La Direction générale de la prévention et des services communautaires assure la conception et la mise en oeuvre de programmes de prévention, de promotion de la santé, de protection de la santé publique, de maintien à domicile et de services à la communauté, à la famille et à la jeunesse. Elle assure les liaisons auprès des départements de santé communautaire, des centres locaux de services communautaires, des centres de services sociaux, des centres d'accueil pour mésadaptés socio-affectifs, des centres pour jeunes mères en difficulté et des organismes communautaires.

Les objectifs de la Direction générale de la prévention et des services communautaires sont d'assurer la coordination des directions et des activités de

la Direction générale afin que la mise en oeuvre de programmes et de politiques soit conforme aux orientations des plans d'action ministériels, de favoriser la conception et le développement de programmes ou mesures jugés prioritaires, d'assurer la réalisation des mandats de chacune des directions et de favoriser la concertation des partenaires, tant internes qu'externes afin d'atteindre les objectifs fixés par le Ministre.

3.2.1 La promotion de la santé

La promotion de la santé s'adresse aux déterminants de la santé plutôt qu'aux facteurs de risque de maladie. Elle cherche par l'information et le soutien, à améliorer la santé individuelle et collective en renforçant chez les personnes et la communauté, le contrôle positif qu'elles exercent sur leur santé.

Le Ministère a publié, en collaboration avec le réseau des départements de santé communautaire, un document sur la prévention des traumatismes : ***Les traumatismes au Québec, comprendre pour prévenir.*** Cet ouvrage propose différentes actions à entreprendre afin de prévenir les traumatismes ou d'en réduire la gravité.

Un programme de formation a été offert aux intervenants du réseau de la santé sur l'importance des traumatismes comme problème de santé publique et sur une approche globale en prévention des traumatismes.

Le Ministère a contribué financièrement à la coordination du projet ***Villes et Villages en santé***. Un rapport d'évaluation de ce projet sera disponible en 1991-1992. À la suite de cette évaluation, une autre subvention sera accordée au groupe de recherche du département de médecine sociale et préventive pour étudier le concept de l'intersectorialité au moyen de ce projet.

Le Ministère a augmenté cette année sa contribution financière au programme Kino-Québec. Ce programme est réalisé conjointement par le ministère du Loisir, Chasse et Pêche, le ministère de la Santé et des Services sociaux et le réseau des départements de santé communautaire.

Dans le secteur de la santé du coeur et de la prévention des maladies cardio-vasculaires, le Ministère a poursuivi ses activités en 1990-1991 avec la Fondation des maladies du coeur du Québec, le réseau de la santé publique et le gouvernement du Canada en ce qui a trait à l'initiative fédérale-provinciale en santé du coeur.

En collaboration avec Santé Québec, une enquête portant sur la prévalence des facteurs prédisposant à des maladies cardio-vasculaires et sur la nutrition a été effectuée.

En 1990-1991, le programme de subventions en santé communautaire a accordé 2 400 000 $ pour financer 70 projets d'étude ou d'analyse touchant des problématiques de santé et de bien-être dans les quatorze régions du Québec. Ces travaux engendrent eux-mêmes des activités de concertation et aident les établissements et les organismes communautaires à orienter leurs interventions sur des groupes prioritaires.

3.2.2 La protection de la santé publique

L'application d'un protocole d'entente entre le Ministère et celui de l'Environnement a permis une meilleure concertation dans les dossiers où la qualité de l'environnement et la santé des populations sont liées. À titre d'exemples, mentionnons l'implantation de la nouvelle politique sur la gestion des déchets biomédicaux, l'étude des malformations congénitales dans la région de Gentilly, les problèmes de contamination au plomb et aux autres métaux toxiques, la qualité de l'atmosphère, la contamination de l'eau potable (plomb, micropolluants) l'utilisation sécuritaire des pesticides, l'évaluation des impacts des projets majeurs sur la santé publique.

Des programmes qui visent à évaluer le degré d'imprégnation de certaines populations québécoises par des substances toxiques ont été soutenus par le Ministère. À titre d'exemple, mentionnons l'étude sur la contamination du lait maternel au Québec par les B.P.C. et autres toxiques, réalisée par le Département de santé communautaire du Centre hospitalier de l'Université Laval.

Dans le domaine des urgences environnementales, le Ministère et son réseau collaborent, avec les organismes en cause, à l'implantation d'un système informatisé de gestion des situations d'urgence, dans le but d'intervenir plus rapidement pour mieux protéger la santé de la population.

Enfin, le Ministère et son réseau favorisent l'information et la formation en santé environnementale, par des initiatives telles, entre autres, le Colloque de formation (novembre 1990) et la publication du livre ***Mieux vivre avec son environnement***.

En matière de maladies infectieuses, une bonne part des activités a été consacrée à la consolidation des programmes d'immunisation au Québec.

En 1990-1991, les actions du Ministère dans la lutte contre les M.T.S. et le sida ont principalement porté sur la troisième phase de communication dont l'objectif était d'inciter les clientèles cibles à passer à l'action en se protégeant et en protégeant leurs partenaires sexuels. Un effort particulier a été consacré

en milieu scolaire pour consolider les activités de prévention aux niveaux secondaire et collégial. Une nouvelle brochure ***Sexualité et M.T.S., parlons-en*** a été distribuée à l'ensemble des parents d'élèves du Secondaire I avec la collaboration du ministère de l'Éducation dans le but de les outiller pour aider efficacement leurs adolescents à se protéger contre les M.T.S.

Dans le domaine de la santé et de la sécurité du travail, le ministère de la Santé et des Services sociaux a convenu d'un nouveau contrat type avec la Commission de la santé et de la sécurité du travail (C.S.S.T.). Le Ministère a déposé auprès du conseil d'administration de la Commission quinze plans régionaux d'organisation des ressources en santé au travail. Une entente est intervenue sur la levée du moratoire dans les services de santé ainsi que sur une nouvelle répartition budgétaire pour l'application du chapitre VIII de la Loi sur la Santé et sécurité du travail concernant les programmes de santé spécifiques aux établissements ciblés prioritaires par la C.S.S.T.

En ce qui concerne le programme relatif à l'indemnisation des victimes d'immunisation, le Ministère a ouvert et traité 86 dossiers depuis l'entrée en vigueur de la Loi sur la protection de la santé publique et de ses Règlements en octobre 1987.

3.2.3 Le maintien à domicile

En 1990-1991, le Ministère a amorcé les travaux de révision de la politique de services à domicile. De plus, des crédits additionnels de 13 300 000 $ ont été consentis aux C.L.S.C. pour consolider les services à domicile réguliers et intensifs.

À la suite du transfert du volet maintien à domicile de l'Office des personnes handicapées du Québec, le Ministère a consenti des crédits additionnels de 2 500 000 $ pour l'année 1990-1991 qui totaliseront environ 5 000 000 $ en 1991-1992.

3.2.4 La politique familiale

En 1990-1991, le plan d'action en matière de politique familiale a pris forme au ministère de la Santé et des Services sociaux. Un groupe de travail responsable de cette politique a été mis sur pied pour assurer une réalisation cohérente et concertée des engagements du Ministère dans ce plan d'action. Les principales décisions ont trait à la périnatalité, l'adoption, les nouvelles technologies de procréation, les services de médiation familiale, la prévention et la violence en milieu familial.

3.2.5 Les conjoints violents

En 1990-1991, un groupe de travail ministériel a été créé pour élaborer des orientations et des critères de financement concernant l'intervention auprès des conjoints violents.

Ces orientations ont pour but de reconnaître les organismes communautaires et de guider les interventions auprès des conjoints violents, tant en milieu communautaire qu'en C.L.S.C.

Le projet de financement propose un plan triennal de financement des organismes communautaires en cause, qui leur permettrait de dépasser le stade de projets-pilotes et d'accéder à un statut moins précaire.

Ces deux volets ont été élaborés grâce à la précieuse collaboration de deux comités consultatifs composés de représentants de plusieurs ressources intervenant auprès des conjoints violents et auprès des femmes violentées, des ministères de la Justice et de la Sécurité publique, du Service de police de la Communauté urbaine de Montréal, de l'Université de Montréal, de la Fédération des C.L.S.C., de la Conférence des C.S.S.S. et du Centre de services sociaux du Montréal-Métropolitain.

Deux documents sur ces sujets font actuellement l'objet de consultations.

3.2.6 Les familles d'accueil

Le 18 juillet 1990, le Conseil des ministres a émis un décret qui a modifié profondément le mode de fonctionnement et de financement du programme des familles d'accueil. L'ajout de 35 000 000 $ sur une période de trois ans, a été autorisé pour financer diverses mesures dont les principales sont :

- la mise en place d'un nouveau contrat — 5 261 600 $
- l'augmentation du barème de base à l'enfance — 16 103 500 $
- l'ajout de places dans la catégorie des services spéciaux — 3 310 200 $
- la reconnaissance de la nécessité de compenser, hors les normes habituelles, certaines familles qui reçoivent des bénéficiaires avec des problèmes majeurs de santé physique ou mentale — 3 301 100 $
- la hausse du supplément moyen autorisé pour la dispensation de services spéciaux — 5 586 000 $

Pour faciliter l'actualisation du décret, de nombreux comités de travail ont été formés et toutes les parties concernées y sont représentées. Les principaux documents réalisés sont les suivants :

- un guide d'interprétation du contrat intitulé ***Modalités et considérations financières***;
- un manuel de comptabilisation des données financières et statistiques;

— un document de travail portant sur la catégorisation des services qui devra être validé en 1991-1992.

Bref, l'année 1990-1991 s'est révélée une année transitoire visant l'implantation d'un nouveau cadre conceptuel et financier du programme des familles d'accueil.

3.2.7 Les C.L.S.C. et la curatelle publique

Dans l'application de la nouvelle Loi sur le curateur public et modifiant le Code civil et d'autres dispositions législatives, l'intervenant social et le médecin qui travaillent notamment en C.L.S.C., sont appelés à jouer un rôle fort important qui se situe à trois niveaux principaux qui sont :

— la réponse à la demande d'information sur les mesures à prendre pour l'obtention d'un mandat ou d'un régime de protection;

— l'identification du besoin de la personne majeure d'être assistée ou représentée;

— la production des évaluations médicales et psychosociales qui soutiennent les différentes procédures légales soumises au tribunal lors de la réévaluation des situations déjà connues.

Reconnaissant l'importance de ces rôles, le Ministère a mis sur pied des sessions spécifiques de formation à l'intention de ces intervenants. En 1990-1991, les C.L.S.C. y ont délégué 284 participants.

Au même titre que les autres établissements du réseau que l'application de cette nouvelle loi concerne, les C.L.S.C. pourront faire valoir leurs besoins d'aide financière auprès de leur Conseil de la santé et des services sociaux pour produire des évaluations psychosociales. En 1990-1991, le Conseil du trésor a alloué au Ministère des crédits de 1 454 800 $ à cette fin.

3.2.8 Les programmes à la jeunesse

En 1990-1991, le Ministère a porté une attention particulière aux problèmes reliés à la gestion des listes d'attente dans le domaine de la protection de la jeunesse.

De façon à garantir l'efficacité des processus de gestion clinique et administratif, le Ministère a soutenu l'application du rapport Harvey qui vise à uniformiser l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse en matière d'accueil, d'évaluation et d'orientation des signalements de situations d'enfants en difficulté.

De plus, le Ministère a procédé à une analyse systématique des principaux indicateurs de performance des Centres de services sociaux responsables de l'application de la Loi, afin de sensibiliser les Directions de la protection de la jeunesse à se donner comme objectif et à obtenir comme résultat l'élimination des listes d'attente.

Les effets de ces démarches furent probants sur le plan quantitatif alors que la liste d'attente à l'accueil, l'évaluation et l'orientation est passée de 3 761 à 1 070 signalements du 1er janvier au 31 décembre 1990.

Parallèlement à ces démarches, le Ministère a amorcé, en 1990-1991, l'étude du processus d'application des mesures de protection qui visent à mieux circonscrire le rôle et l'action des partenaires sociaux responsables du soutien aux enfants et à leur famille. Cette démarche, une fois complétée, devrait parfaire le processus global d'aide aux enfants et aux familles en difficulté.

Toujours dans le champ de la protection de la jeunesse, le Ministère, de concert avec le ministère de la Justice, a mis en place un comité, sous la présidence du Juge Michel Jasmin, pour évaluer, après plus de dix ans d'application, l'ensemble de la Loi sur la protection de la jeunesse et de la Loi sur les jeunes contrevenants.

En ce qui concerne la réadaptation, le Ministère a poursuivi l'application du cadre de référence sur l'orientation et l'organisation des centres pour jeunes en difficulté.

Enfin, le Ministère a amorcé sous forme de suivi de gestion, une démarche pour mesurer l'application, dans les centres de réadaptation, du protocole sur les garanties minimales de protection à l'égard des clientèles admises dans leur établissement.

Une démarche similaire de suivi de gestion a aussi été planifiée pour vérifier l'organisation des opérations entourant l'administration du programme de mesures probatoires par les Centres de services sociaux.

L'année 1990-1991 aura aussi permis au Ministère de conclure une entente avec le ministère de l'Éducation relative au partage des responsabilités dans le domaine des services destinés aux jeunes d'âge scolaire, handicapés ou en difficulté d'adaptation.

Le Ministère a procédé à une révision globale du guide d'interprétation et d'application du décret 456-82 modifiant ainsi le règlement sur les contributions pour le placement d'enfants. Cette révision permettra aux Centres de services sociaux de clarifier les nombreux critères administratifs dans la fixation des contributions financières réclamées aux parents qui placent leurs enfants hors de leur domicile familial.

Enfin, au cours de l'année 1990-1991, le Ministère a effectué un virage vers la prévention dans le secteur jeunesse et un comité d'experts, présidé par Monsieur Camil Bouchard, a été créé pour proposer de nouvelles solutions afin de venir en aide aux jeunes et à leurs familles.

3.2.9 Les organismes communautaires

Dans le domaine du soutien aux organismes communautaires, le Ministère a versé 50 816 300 $ en 1990-1991 à 1 676 organismes, ce qui représente une augmentation substantielle de 5 466 700 $ par rapport à l'année 1989-1990.

De ce fait, 94 nouveaux organismes ont pu bénéficier du programme d'assistance financière du Ministère et ce, dans les secteurs d'interventions suivants :

— sur 232 demandes provenant d'organismes travaillant dans le secteur des services aux femmes en difficulté, 193 se sont partagé 18 681 700 $;

— dans le secteur des services à la jeunesse, 291 organismes sur 328 qui ont déposé une demande ont reçu 16 993 500 $;

— du côté de la promotion et des services à la communauté, le Ministère a octroyé 7 013 100 $ à 655 organismes sur 778 demandeurs;

— en ce qui concerne l'enveloppe accordée au soutien des organismes bénévoles engagés dans le maintien à domicile, elle totalise 8 128 000 $ pour 537 organismes.

Au cours de l'année, le Ministère a reçu 1 875 demandes d'assistance financière et a poursuivi ses travaux dans les domaines suivants :

— l'évaluation d'un projet pour le financement des maisons d'hébergement, à l'intention des femmes violentées et en difficulté, et l'élaboration d'un nouveau cadre financier;

— l'application du test abrégé des besoins auprès de la clientèle des maisons d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté;

— la réalisation de documents concernant les orientations et le financement des organismes communautaires intervenant auprès des conjoints violents;

— les travaux préparatoires à la répartition des montants perçus lors de l'application de la Loi 160 conformément aux modalités prévues dans le décret adopté le 21 mars 1990 par le gouvernement du Québec; un deuxième décret devra être préparé au début de l'année 1991-1992;

— la répartition des montants affectés aux sommets socio-économiques Chaudière-Appalaches et Laurentides-Lanaudière.

3.2.10 Les communautés autochtones

En ce qui concerne l'application de la politique familiale, un programme de sensibilisation à la violence familiale destiné aux intervenants dans les communautés autochtones a été développé. De plus, les services de périnatalité à la Baie d'Hudson ont été évalués et renforcés et en région 10-B, l'accent en périnatalité a été mis sur l'élaboration de programmes de prévention.

Les établissements des régions nordiques ont pris en charge les programmes et les budgets transférés de l'Office des personnes handicapées du Québec (O.P.H.Q.) au ministère de la Santé et des Services sociaux. En territoire cri, des rencontres ont eu lieu entre les autorités locales et l'O.P.H.Q. sur les droits des personnes handicapées et le rôle de l'O.P.H.Q.

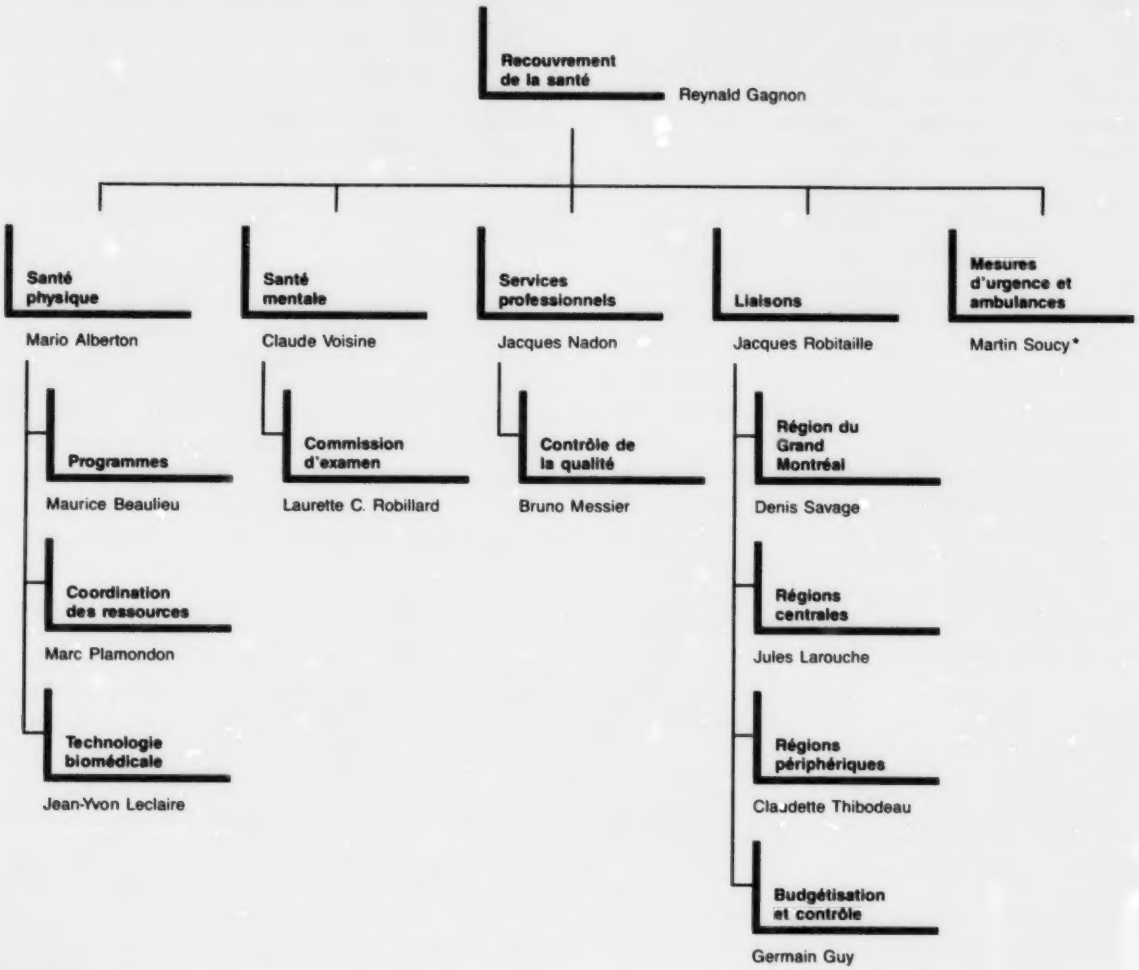
Quant à la lutte contre la toxicomanie, le Conseil de bande Naskapi, les maires et les organismes de la région 10-A ont été consultés sur les priorités d'intervention.

L'édifice du foyer de groupe pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Chisasibi (région 10-B) a été remplacé par un édifice neuf, tandis qu'un permis d'opération a été émis pour un foyer de groupe sur la réserve de Sept-Îles. Ce foyer de groupe est géré par la bande de Uashat — Malioténam.

Le projet d'entente visant la prise en charge de l'ensemble des services sociaux à Kahnawake a reçu l'appui du ministère de la Justice et du secrétariat aux Affaires autochtones et il a été transmis aux autorités Mohawks.

À Akwesasne, la signature d'un protocole entre l'Ontario, le Québec et le Canada permettra la mise en chantier de plusieurs projets de développement communautaire dont deux sont directement reliés aux services sociaux et aux services de santé.

Une politique d'encadrement des services non assurés, fournis gratuitement aux bénéficiaires des Conventions de la Baie James, du Nord et du Nord-Est québécois, fait l'objet de consultations. Enfin, plusieurs représentants autochtones ont été consultés pour l'élaboration de la politique ministérielle de santé et de bien-être.



* Par intérim

3.3 Le recouvrement de la santé

Les principales fonctions de la Direction générale du recouvrement de la santé sont :

— d'assurer la liaison entre les centres hospitaliers de courte durée et le Ministère;

— d'assumer la responsabilité du dossier de la santé mentale;

— d'assurer le suivi des services, des programmes et de la budgétisation auprès des centres hospitaliers de courte durée;

— d'assurer les échanges avec les différentes corporations professionnelles et l'Office des professions du Québec;

— de participer aux orientations, à la préparation et aux négociations avec les différentes fédérations et associations professionnelles;

— de participer aux échanges entre le Conseil consultatif de pharmacologie et le Ministère.

Le Centre québécois de coordination sur le sida a pour principales fonctions de coordonner les mesures et les programmes de lutte contre le sida et d'assurer leurs mises en oeuvre de manière efficace. Le Centre québécois de coordination sur le sida relève de l'autorité du sous-ministre associé à la santé.

La Direction générale du recouvrement de la santé a pour objectif :

— de mettre en place des programmes afin d'améliorer la santé physique et mentale de la population;

— de permettre de saines relations entre les centres hospitaliers et le Ministère;

— d'améliorer les services dispensés en santé mentale;

— d'établir des relations suivies et continues entre l'Office des professions du Québec et le Ministère concernant les professionnels du domaine de la santé.

Le Centre québécois de coordination sur le sida a pour objectif de mettre en place des programmes d'information et de formation destinés aux professionnels du réseau de la santé et des services sociaux, et à la population en général avec, comme cible principale, les jeunes en milieu scolaire et hors scolaire.

3.3.1. La répartition des ressources

Le développement et l'application de programmes relatifs aux services de santé physique de courte durée ont continué d'exiger la mise à jour des normes existantes et l'élaboration d'outils de travail additionnels qui permettent cette double action. La préoccupation d'une approche régionale, orientée vers l'équilibre besoins ressources, a servi de base pour l'analyse de projets de développement soumis au Ministère par le réseau des centres hospitaliers de soins de courte durée.

Quelques dossiers à impact provincial ont été à l'origine de recherches élaborées et d'analyses méticuleuses, qu'elles soient en processus de réalisation ou terminées. Parmi ces dossiers, on retrouve, entre autres : l'hébergement de type hôtellerie pour les clientèles des régions périphériques, les services aux stomisés permanents, les centres de jour pour diabétiques, la chirurgie à des fins de transsexualisme, la cardiologie tertiaire, la transplantation d'organes, les services préhospitaliers d'urgence, la traumatologie et la néonatologie. Pour certains de ces dossiers, des orientations et des recommandations ont été soumises aux autorités ministérielles.

En parallèle, des travaux ont été menés sur différents sujets comme la planification des naissances, les services de courte durée en périnatalité, les nouvelles technologies de la reproduction et les diverses alternatives de services à l'hospitalisation de courte durée. Un groupe de travail, spécialement formé, s'est consacré à l'éventuelle réforme du système de la santé et des services sociaux.

Enfin, la Direction générale a été associée aux travaux de divers groupes dont ceux qui traitent de la médecine génétique, la transplantation d'organes vitaux et l'identification de la clientèle des salles d'urgence.

3.3.2. La technologie biomédicale

Dans le domaine de la technologie biomédicale, plusieurs dossiers ont retenu l'attention, dont les besoins reliés :

— au développement et au rehaussement de l'équipement médical spécialisé;

— à l'équipement médical nécessaire à l'arrivée et au maintien de la main-d'oeuvre médicale dans les régions éloignées;

— à la haute technologie biomédicale.

De façon particulière, il convient de mentionner l'élaboration du plan d'action triennal en cardiologie tertiaire, l'étude sur la diffusion de la résonnance magnétique au Québec et le rehaussement des centres de radiothérapie québécois. D'autres études ont également porté sur la lithotritie, les applications du laser et la néonatologie.

Soulignons également l'étude de plusieurs projets majeurs de développement et de rénovation des établissements de santé, ainsi que la participation aux travaux de différents comités.

3.3.3. La traumatologie et les soins préhospitaliers

À la suite des orientations ministérielles émises en 1990, des travaux ont débuté afin d'établir, au Québec, un système intégré de soins en traumatologie majeure.

Quant aux travaux pour actualiser les recommandations du rapport du comité aviseur sur la planification, l'implantation et l'évaluation d'un système de services préhospitaliers d'urgence au Québec, ils ont également commencé.

3.3.4. La santé mentale

L'actualisation de la phase I du plan d'action de la politique de santé mentale, adoptée en janvier 1989, s'est poursuivie. Les principales actions réalisées dans cette démarche sont les suivantes :

— dépôt des plans régionaux d'organisation de services (P.R.O.S.) en santé mentale dans les régions de l'Outaouais, de la Côte-Nord, du Saguenay-Lac-Saint-Jean, du Grand Montréal, de Laval, de Québec, du Nouveau-Québec et de l'Estrie;

— analyse, à partir d'un guide d'approbation, des P.R.O.S. en santé mentale, à laquelle plusieurs directions générales furent invitées à collaborer;

— plan de services individualisés : un programme de formation fut élaboré, et la dispensation du programme aux intervenants du réseau public et communautaire a démarré;

— protection des droits : un groupe de travail a déposé un cadre général pour situer les rôles respectifs des différents organismes concernés par le système de promotion et de défense des droits. Par la suite, le Ministère a statué sur deux éléments du système : les services d'aide et d'accompagnement ainsi que la promotion et la vigilance. Par ailleurs, un programme de formation sur la protection des droits fut élaboré;

— achèvement du deuxième volet de la campagne médiatique d'information et de sensibilisation;

— système d'information en santé mentale : la conception administrative du système est terminée.

Des séances d'information sur le protocole de partage de responsabilités entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de la Sécurité publique ont été tenues dans chacune des régions du Québec. Les intervenants des deux réseaux furent ainsi sensibilisés aux besoins sociosanitaires de la clientèle soumise au processus judiciaire. De plus, cette tournée a permis à ces réseaux d'échanger et de mieux se connaître pour développer, sur une base régionale et locale, une approche complémentaire pour desservir cette clientèle. Les liens intersectoriels en matière de santé et de services sociaux relèvent des conseils régionaux.

3.3.5 La Commission d'examen

La Commission d'examen existe en vertu de l'article 619 du Code criminel. Elle a pour mandat d'examiner périodiquement le cas de chaque personne qui, à la suite d'une accusation portée contre elle, a été déclarée inapte à subir son procès ou reconnue non coupable pour cause d'aliénation mentale.

La Commission d'examen recommande au Lieutenant-gouverneur toutes les mesures possibles pour assurer la réadaptation des personnes qui lui sont confiées tout en protégeant la société. Durant l'année 1990-1991, la Commission d'examen a tenu 72 journées d'audition. Elle a ainsi rencontré 538 patients lors des 114 visites qu'elle a effectuées dans 56 établissements du réseau de la santé.

De plus, la Commission d'examen est chargée de diriger un comité de travail et de coordination ayant pour mandat d'analyser les changements législatifs et réglementaires proposés par le gouvernement fédéral dans le cadre du projet de loi sur le désordre mental et d'en évaluer de façon précise les coûts pour le Québec. Les ministères que concernent ces amendements participent à ce comité de travail.

La Commission d'examen est formée de sept membres dont la présidente est madame Laurette Champigny-Robillard. Y siègent également un avocat, maître Guy Parrot, et six psychiatres, les docteurs Jean-Marie Albert, Dominique Bédard, Charles-H. Cahn, Frédérick Grunberg, Jacques Labrie et Jacques Gagnon.

3.3.6 Les liaisons

Le réseau hospitalier, sous la responsabilité de la Direction générale du recouvrement de la santé, compte 142 établissements (138 publics, 4 privés) pour un total de 28 031 lits de courte durée et 10 108 lits de longue durée. Au cours de l'année 1990-1991, le nombre de visites aux services externes ambulatoires a été de 10 900 000. Par ailleurs, le réseau hospitalier a admis environ 730 000 clients représentant approximativement 7 900 000 jours/présence.

En 1990-1991, les budgets autorisés à ces centres hospitaliers ont atteint plus de 5 000 000 000 $. L'orientation gouvernementale sur l'assainissement de la situation financière du réseau, instaurée en 1986-1987, démontre que le déficit des établissements qui était de plus de 150 000 000 $ en 1985-1986, se situe maintenant à quelque 17 000 000 $. Cette performance remarquable est attribuable, entre autres, à une grande prise de conscience de la part des dirigeants des établissements, axée sur un meilleur contrôle des coûts tout en s'assurant de la qualité des services offerts. De plus, le Ministère, en introduisant la notion de coût du système, a su reconnaître l'évolution des causes structurelles de l'augmentation des coûts du réseau. Les établissements ont donc bénéficié de plus de 200 000 000 $, dont 49 000 000 $ en 1990-1991, pour maintenir les services auxquels la population a droit.

En 1990-1991, au titre des crédits de développement, le Ministère a injecté dans le réseau près de 16 000 000 $ pour des projets d'immobilisation.

3.3.7 Les services professionnels

À la demande de l'Office des professions du Québec, un avis a été émis au sujet du Règlement modifiant le règlement sur la tenue des pharmacies. La Direction générale du recouvrement de la santé a également collaboré avec l'Office, à la Commission parlementaire, aux modifications à la Loi sur la denturologie.

De plus, la direction générale a participé activement aux négociations qui ont permis le renouvellement des ententes avec l'Association des chirurgiens dentistes, l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et l'Association des optométristes.

Dans le dossier de la rémunération à honoraires fixes ou à la vacation payée par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (R.A.M.Q.) à des dentistes qui travaillent en établissement, des questionnaires et des rencontres, particulièrement avec les représentants des Inuit, ont permis de mieux définir la problématique entourant les services assurés et non assurés, rendus par certains de ces professionnels. De même, d'autres problèmes visant notamment les programmes d'optométrie et de médicaments destinés aux populations autochtones nordiques ont été mis en lumière.

À titre d'interlocutrice du Ministère auprès de la Direction des médicaments à Santé et Bien-Être Canada, la Direction générale a poursuivi ses échanges sur des modifications prévues à la Loi des aliments et drogues et à la réforme du système d'homologation des nouveaux médicaments au Canada. Des travaux ont également été réalisés en vue de transférer le programme de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement (M.T.S.) des établissements vers la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

L'accès aux soins en régions périphériques

Les mesures incitatives développées par le Ministère pour favoriser une meilleure répartition géographique des médecins continuent de s'appliquer. Ces diverses mesures, qui touchent les étudiants en médecine, les résidents et les médecins, sont prévues soit dans les ententes négociées, soit par décret ou arrêté ministériel et elles sont adaptées périodiquement pour répondre adéquatement aux besoins des régions et aux orientations du Ministère.

Bien que l'évaluation devant déterminer l'efficacité de chacune de ces mesures ne soit pas encore terminée, les données disponibles démontrent qu'elles ont un impact significatif dans l'amélioration de la répartition géographique des médecins et, de façon plus marquée, de celle des omnipraticiens.

Dans l'optique de mieux répondre aux besoins et d'aider les établissements dans la gestion de leurs effectifs médicaux, le Ministère favorise, entre autres, le maintien de mécanismes de concertation et de collaboration entre les différents services et directions afin de s'assurer que le contenu des ententes négociées avec les médecins reflète le plus fidèlement possible les orientations et les priorités clairement établies.

Le contrôle de la qualité

En 1990-1991, les interventions de la Direction générale du recouvrement de la santé ont largement dépassé l'application habituelle de la Loi sur la protection de la santé publique en vertu de laquelle :

— 2 177 permis ont été émis pour l'exploitation de laboratoires de radiologie diagnostique;

— 24 permis ont été délivrés pour l'exploitation de laboratoires de biologie médicale;

— 189 sujets ont été dirigés vers les universités pour l'étude de l'anatomie.

Une étude a également été menée pour vérifier, dans une soixantaine de laboratoires privés de radiologie, la qualité des récepteurs utilisés en mammographie. L'interprétation des données recueillies a fait l'objet de communications scientifiques.

3.3.8 Les mesures d'urgence et ambulances

En 1990-1991, le Ministère a participé activement à la coordination et a appuyé l'organisation des services de santé et psychosociaux d'urgence à l'occasion du sinistre de Saint-Amable, de la crise amérindienne et de celle du Golfe Persique.

De plus, le Ministère a confié aux Conseils de la santé et des services sociaux la responsabilité de planifier et de coordonner les mesures d'urgence pour toutes les municipalités de leur région, dans le but d'assurer les services d'urgence requis en santé physique, publique et psychosociale.

Dans le domaine des services d'ambulances, le Ministère a consolidé l'organisation des services en province, avec la collaboration des conseils régionaux.

Une table de concertation, composée des différents intervenants actuels des services d'ambulances, a été constituée dans le but de faciliter la négociation des contrats à budget avec les entreprises d'ambulances et d'harmoniser les discussions relatives à l'interprétation de ces mêmes contrats.

Au cours de l'été 1990, le Ministère a accepté le principe des recommandations du Comité aviseur relativement à la mise sur pied d'un système de services préhospitaliers d'urgence. Un expert a été recruté et son mandat consiste à effectuer des études de faisabilité, dans le but d'élaborer le cadre général de l'organisation des services préhospitaliers d'urgence au Québec.

À la suite des événements tragiques survenus à la Polytechnique de Montréal, monsieur Robert De Coster, à qui le ministre de la Sécurité publique avait confié un mandat spécial, a déposé son rapport en mars 1991.

Compte tenu de certains faits troublants contenus dans le rapport De Coster concernant le fonctionnement d'Urgences-santé, le ministère de la Santé et des Services sociaux a mandaté une équipe pour évaluer les constats et les recommandations de ce rapport et identifier les correctifs à apporter aux services préhospitaliers au Québec.

3.3.9 Le Centre québécois de coordination sur le sida

Au cours de sa deuxième année d'activité, le Centre québécois de coordination sur le sida (C.Q.C.S.) a consolidé ses assises et a continué la seconde phase du plan de lutte contre le sida.

La prévention des maladies transmises sexuellement (M.T.S.) et du sida est donc demeurée l'activité majeure du Centre, les jeunes constituant à cet égard la cible prioritaire. En plus d'une campagne

médiatique (télévision, imprimés, affiches) sur le thème « On serait fous de s'en passer », de nombreuses activités d'information et d'éducation ont eu lieu dans la province avec le soutien du C.Q.C.S. qui, par son plan tactique de prévention 1990-1992, a fixé les normes que les promoteurs doivent suivre. Les jeunes qui fréquentent l'école, les « jeunes de la rue » ou d'autres portions de la population, comme la communauté homosexuelle montréalaise et les utilisateurs de drogues injectables, ont été ainsi sensibilisés à la nécessité de recourir à des mesures préventives.

Par ailleurs, le ministère de l'Éducation et celui de la Santé et des Services sociaux ont mis au point le matériel éducatif qui sera utilisé au secondaire à partir de 1991-1992 et ont convenu de la pertinence de développer des outils pour agir au second cycle du primaire.

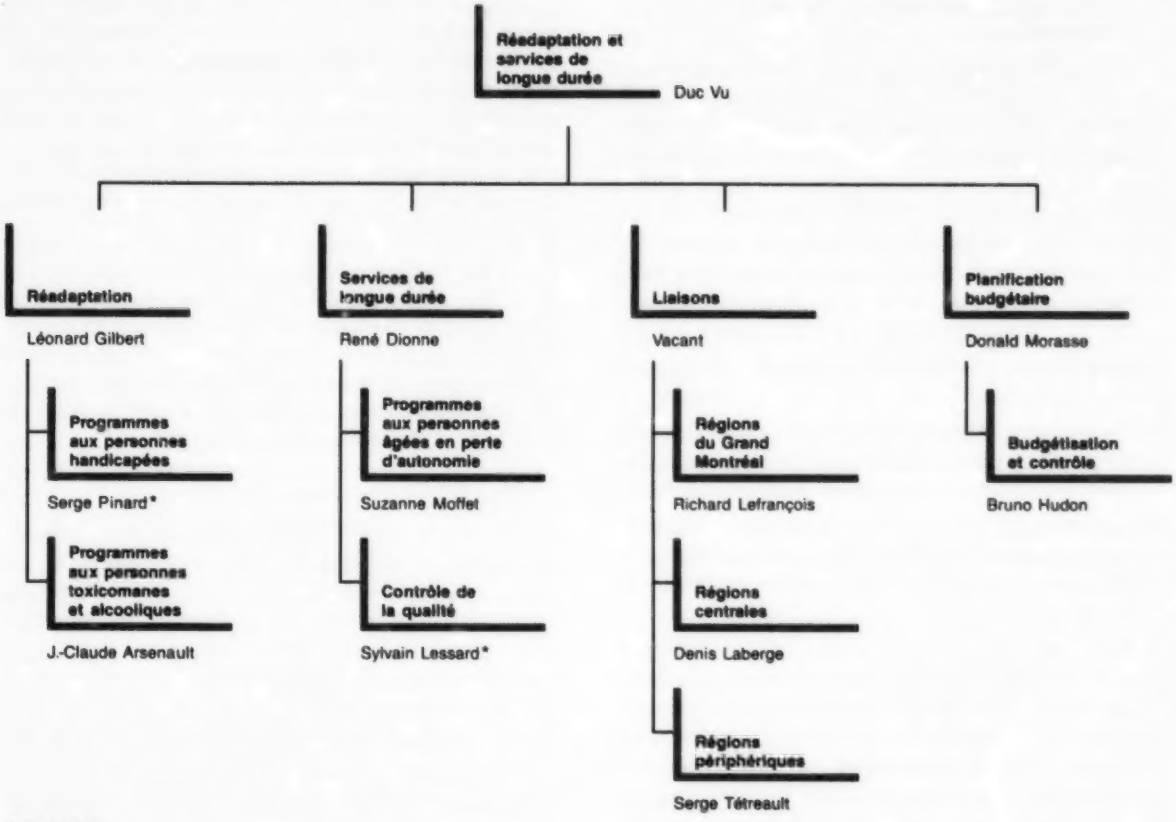
Afin de mieux préparer les membres du réseau de la santé et des services sociaux à affronter les situations qui découlent du sida, le C.Q.C.S. a procédé à la préparation d'un important programme de formation qui couvre les aspects sociaux, biomédicaux, psychosexuels, psychosociaux, éthiques et légaux de cette maladie. En matière de formation, le Centre québécois de coordination sur le sida a également continué d'appuyer plusieurs activités mises de l'avant par ses partenaires (publications, sessions de formation, etc.,).

Par ailleurs, dans le cadre de la Journée mondiale du sida, un forum ayant pour thème « Les femmes et le sida : les enjeux » a été organisé et un compte rendu a été publié. Enfin, *Sida-Presse*, un bulletin de liaison, a également vu le jour.

En ce qui a trait aux soins et aux services, le travail du C.Q.C.S. a surtout consisté à en assurer la qualité. Les programmes mis en place antérieurement se sont poursuivis. Toutefois, un projet-pilote de soins palliatifs intégrés, qui porte le nom de projet Accès, a été développé et sera expérimenté à Montréal. Les unités hospitalières de recherche, d'enseignement et de soins du sida (U.H.R.E.S.S.) ainsi que d'autres centres hospitaliers du Québec, se sont joints au Réseau national des essais cliniques sur les médicaments et participent ainsi à la recherche de nouveaux traitements. Un comité permanent de pharmacologie, sur le sida, a aussi été mis sur pied tandis qu'un autre comité se penche sur les orientations qu'il faut donner aux structures d'hébergement.

Le Centre québécois de coordination sur le sida a continué de maintenir des liens étroits avec les organismes communautaires. Un comité favorise une plus grande concertation et formule des hypothèses concernant la mise sur pied d'un cadre de financement de ces ressources.

Le sida mobilise des intervenants d'une multitude de secteurs et exige que des actions à l'échelle nationale et locale soient entreprises pour le contrer. Le rôle du C.Q.C.S. est de coordonner ces actions et de veiller à ce qu'elles soient efficaces. Afin qu'il continue d'en être ainsi dans les années à venir, le Centre a d'ailleurs commencé une consultation dans le but de recueillir les recommandations d'experts pour la préparation du plan d'action 1991-1995.



* Par intérim

3.4 La réadaptation et les services de longue durée

La Direction générale de la réadaptation et des services de longue durée assure la conception, le développement et la réalisation de programmes cadres en matière de réadaptation et de gérontologie et gériatrie. Ces programmes s'adressent aux personnes en perte d'autonomie et aux personnes handicapées et ils incluent les programmes de subvention à l'acquisition d'aides techniques.

Ils sont offerts par les centres d'accueil d'hébergement (C.A.H.), les centres hospitaliers de soins de longue durée (C.H.S.L.D.), les pavillons, les unités de longue durée en centres hospitaliers de courte durée et les centres d'accueil de réadaptation (C.A.R.).

Afin d'assumer ses responsabilités en matière de réadaptation et de gérontologie et gériatrie, la Direction générale de la réadaptation et des services de longue durée doit notamment voir à la délivrance et au renouvellement des permis d'exploitation des centres d'accueil d'hébergement et des centres de réadaptation, et assurer la liaison avec ces établissements. Elle doit de plus négocier et conclure les ententes relatives au financement et aux conditions d'exploitation des établissements privés et contrôler le respect des normes et de la réglementation en vigueur dans les établissements de réadaptation et de services de longue durée. L'affectation des budgets de ces établissements et le contrôle de leurs dépenses font aussi partie des mandats de la Direction générale de la réadaptation et des services de longue durée.

Par ailleurs, en 1990-1991, la Direction générale a étroitement collaboré aux travaux et aux réflexions qui ont été menés au sein du Ministère sur la réforme et la politique de santé et de bien-être, particulièrement sur des thèmes comme les déficiences et handicaps et habitudes de vie, volet toxicomanie. De plus, un groupe de travail a été formé et mandaté pour examiner l'application de six aspects spécifiques contenus dans l'avant-projet de loi, soit : les conseils d'administration unifiés, les paramètres d'organisation des établissements, les ressources intermédiaires, les ressources privées agréées, les établissements privés conventionnés ainsi que le rôle des établissements et de leurs centres.

3.4.1 Les personnes âgées en perte d'autonomie

Les secteurs d'intervention de la Direction générale de la réadaptation et des services de longue durée sont, entre autres : l'organisation du réseau, le financement des ressources et le contrôle de la qualité des services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie. En 1990-1991, l'objectif premier, qui est d'harmoniser les services et les programmes aux besoins de la clientèle visée, s'est poursuivi et a généré de nombreuses réalisations.

Plusieurs apports significatifs ont marqué l'organisation des services destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie, à savoir :

- l'expérimentation d'une approche d'intervention en psychogériatrie, développée l'année précédente dans trois régions, sur la base d'un projet-pilote;
- la consultation du réseau sociosanitaire concernant un programme de réadaptation fonctionnelle intensive pour la clientèle adulte ayant des déficiences motrices;
- le développement normatif du système d'information clientèle en milieu d'hébergement et de soins de longue durée (S.I.C.H.E.L.D.) qui constitue la pierre angulaire de la banque de données communes pour cette clientèle;
- la rédaction et la diffusion du rapport découlant de la consultation provinciale sur les pavillons intitulé : ***Les pavillons, une ressource à connaître, à consolider***. Québec, décembre 1990;
- la participation très assidue aux travaux du comité d'experts sur la condition des aînés;
- le développement, en concertation avec plusieurs établissements du réseau, d'un programme de soutien à l'intervention pour contrer les abus et la violence faits aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Afin de permettre une pratique médicale adaptée aux caractéristiques et aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie, le Ministère a négocié avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, une entente qui permettra aux C.H.S.L.D., à l'instar des C.A.H. et des unités de soins de longue durée, de faire bénéficier les médecins, qui exercent dans leur centre, de modes de rémunération à la vacation ou à honoraires fixes.

Les travaux du comité formé pour l'implantation de la politique de gestion des déchets bio-médicaux, ont permis l'élaboration d'un guide de gestion des déchets comportant des risques en milieu sociosanitaire, à l'intention des C.A.H. et des C.A.R.

Quant aux contributions financières supplémentaires, le Ministère a investi durant l'année près de 14 000 000 $ pour offrir l'assistance et les soins infirmiers requis par la clientèle résidant en milieu d'hébergement et de soins de longue durée. Un montant de près de 2 000 000 $ a été réparti dans neuf régions sociosanitaires du Québec pour permettre le développement de six centres de jour et la consolidation de dix-huit autres.

Enfin, d'une part, les visites se sont poursuivies dans les établissements et les ressources sans permis pour s'assurer de la qualité des services et du respect de la réglementation. Ainsi, 124 ressources ont été visitées durant l'année 1990-1991. D'autre part, la révision des normes d'agrément des établissements de la Direction générale a été entreprise.

3.4.2 La déficience intellectuelle

La poursuite de l'intégration sociale des personnes ayant une déficience intellectuelle demeure une préoccupation majeure de la Direction générale. En 1990-1991, les travaux et les réalisations ont donc convergé principalement vers cet objectif tout en visant l'amélioration de l'organisation des services et la qualité des interventions.

À cet égard, quatre conseils régionaux ont présenté leur plan régional d'organisation de services, outil indispensable à la planification des services et des ressources et à la concertation entre les établissements et les organismes établis sur le territoire.

Toujours dans le respect des orientations ministérielles de 1988, six centres de réadaptation ont réalisé leur plan d'intégration sociale permettant ainsi à plus de 300 personnes de réintégrer la communauté et de bénéficier de conditions de vie semblables à celle de tous les citoyens.

Puisque l'intégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle est une responsabilité collective, plusieurs collaborations importantes d'autres instances gouvernementales ont été sollicitées durant l'année. Entre autres, le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Éducation ont signé, en septembre 1990, une entente relative aux services destinés aux jeunes d'âge scolaire, handicapés ou en difficulté d'adaptation. Cette entente vise particulièrement à assurer une meilleure continuité et une plus grande complémentarité de la prestation des services offerts par les établissements des deux réseaux.

Concernant le maintien de l'enfant dans son milieu d'origine, le Ministère, en collaboration avec l'Office des personnes handicapées, a effectué divers travaux

dans le but d'harmoniser le programme de soutien à la famille qui, entre autres, accorde du répit ou du dépannage aux familles permettant ainsi aux parents d'assumer leurs responsabilités et leurs rôles sociaux. Plus spécifiquement pour les adultes, le Ministère et la Société d'habitation du Québec ont rendu accessibles plus de 100 unités résidentielles.

Enfin, en ce qui concerne la formation et l'information, des programmes structurés d'éducation et de sensibilisation principalement axés sur les besoins des parents et des intervenants, ont été développés avec les partenaires du réseau. De plus, un système d'information actuellement en voie de développement, consiste principalement à assurer une gestion adéquate des demandes d'accès à des services et à simplifier la gestion et le suivi des plans de services individualisés et des services rendus aux usagers.

3.4.3 La déficience physique

La régionalisation des services d'adaptation et de réadaptation demeure une priorité pour la Direction générale. Elle permettra principalement de doter les régions dépourvues, dans les secteurs de la déficience auditive et visuelle, et de compléter le réseau de services en déficience physique. À cet égard, des efforts ont été poursuivis tout au cours de l'année pour réaliser ce projet.

Ainsi, la Direction a collaboré avec l'Association des centres d'accueil du Québec et l'Université de Montréal pour développer un plan de formation en basse vision pour les optométristes qui auront à travailler dans les régions. En ce qui a trait aux aides techniques, le Ministère a procédé au règlement des déficits encourus par les services d'aides techniques des établissements publics qui s'élevaient à plus de 3 000 000 $ pour les années 1988-1989 et 1989-1990. Toujours en vue d'améliorer leur situation financière, le Ministère, en collaboration avec la Régie de l'assurance-maladie du Québec, a accompli plusieurs travaux portant principalement sur la réparation de fauteuils roulants et il a mis en application une nouvelle méthode de détermination de prix des orthèses et des prothèses.

Relativement aux travaux du Conseil consultatif sur les aides technologiques, une analyse exhaustive de trois programmes forfaitaires a été effectuée soit : les programmes prothèses mammaires externes, les prothèses oculaires et les appareils fournis aux personnes stomisées, en vue de leurs révisions. Des solutions ont été élaborées et discutées avec les autorités gouvernementales.

Enfin, la recherche en adaptation — réadaptation étant peu développée, la Direction de la réadaptation en collaboration avec la Direction de la planification, a appuyé la création de deux consortiums de recherche, l'un situé à Montréal et l'autre à Québec. Ces consortiums, qui regroupent certains établissements de réadaptation, ont amorcé leurs activités de recherche. L'encadrement scientifique a été mis sur pied et les plans de développement sont en voie d'élaboration.

3.4.4 La toxicomanie

Durant l'année 1990-1991, le Ministère a rendu publiques ses orientations ministérielles à l'égard de l'usage et de l'abus de psychotropes. Les grands objectifs de cette politique sont les suivants :

— prévenir et diminuer l'usage et l'abus de psychotropes;

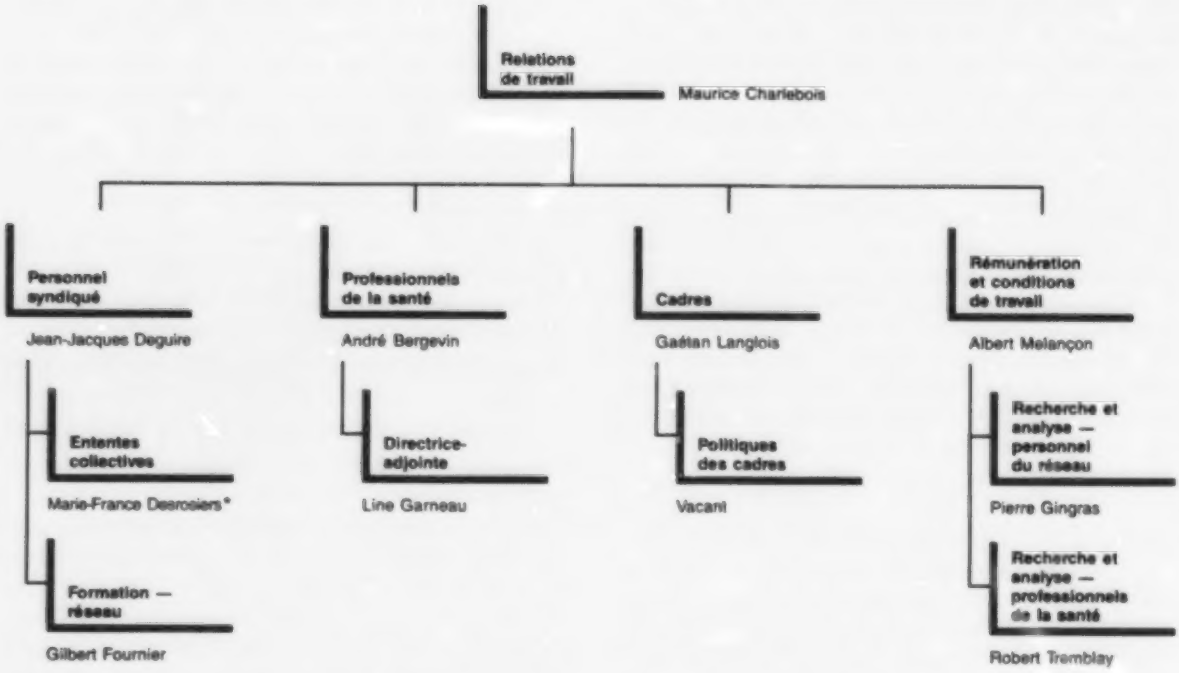
— assurer une réponse adéquate aux besoins de la personne et de son milieu ainsi que l'accessibilité à des services de qualité;

— susciter et orchestrer une concertation et une complémentarité d'actions efficaces des divers partenaires.

Outre le virage préventif annoncé, ces orientations ont mis l'accent sur la coordination multisectorielle de concert avec les représentants régionaux. En réadaptation, des actions particulières ont été proposées pour mieux répondre aux besoins de certaines clientèles notamment les jeunes de moins de dix-huit ans. Un partage décloisonné des responsabilités a été également suggéré aux établissements du réseau.

Le Ministère a également poursuivi la mise en place de mécanismes susceptibles de consolider la coordination ministérielle dans l'actualisation des programmes régionaux de promotion de la santé et de prévention en toxicomanie. Tous ces programmes ont fait l'objet d'un examen minutieux des mesures proposées pour accroître la collaboration et la concertation entre les divers partenaires concernés.

Enfin, la semaine de prévention de l'usage et de l'abus des drogues, développée sous le thème ***Les drogues, nous on s'en parle***, instaurée par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les responsables du réseau, s'est tenue du 18 au 24 novembre 1990. Cette activité d'envergure provinciale visait à sensibiliser les adultes, en particulier les parents, à la nécessité d'établir un vrai dialogue avec leurs enfants pour prévenir les problèmes reliés à la consommation abusive d'alcool et à l'usage des drogues illicites. La production de divers dépliants et d'affiches à ce sujet a contribué une fois de plus au succès de cette campagne médiatique.



* Par intérim

3.5 Les relations de travail

Sur la base des orientations gouvernementales en matière de services de santé et de services sociaux, la Direction générale des relations de travail a pour mandat de représenter le Ministère dans tout ce qui concerne la négociation, l'application et l'interprétation des conventions collectives, des ententes et des régimes qui concernent le personnel du réseau et les professionnels de la santé. À cette fin et dans ces matières, elle organise les relations et les échanges avec les instances syndicales, les associations de cadres, les associations et fédérations de professionnels de la santé ainsi qu'avec les partenaires du Ministère. Elle coordonne les différents processus de négociation et de communication et elle intervient dans les situations conflictuelles et les dossiers exigeant un avis spécialisé.

Elle exerce un rôle de conseillère auprès des autorités du Ministère en matière de relations et de conditions de travail, et fournit aux partenaires ainsi qu'aux établissements du réseau l'expertise et l'assistance dans ces domaines.

Elle effectue également des recherches et des analyses reliées à la rémunération, aux avantages sociaux et aux autres conditions de travail, et propose des orientations et des politiques dans ces matières.

3.5.1 Le personnel salarié du réseau

Le début de l'année 1990-1991 a été marqué par la signature des conventions collectives restantes avec les centrales syndicales et les syndicats indépendants représentant le personnel syndiqué du réseau, soit plus d'une vingtaine de regroupements syndicaux dont la Fédération des affaires sociales (F.A.S.), la Fédération des professionnelles et professionnels salariés et cadres du Québec (F.P.P.S.C.Q.), la Corporation des enseignants du Québec (C.E.Q.), la Corporation des professionnels de la santé (C.P.S.), la Centrale des syndicats démocratiques (C.S.D.), la Fédération des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (F.I.I.A.Q.) et l'Association professionnelle des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (A.P.I.I.A.Q.). Ces conventions améliorent différentes mesures dont, la stabilité d'emploi, la priorité du temps partiel régulier sur le temps partiel occasionnel, le ratio des postes réguliers par la conversion d'heures, la formation en cours d'emploi, l'équité salariale et la création du poste d'infirmière bachelière.

Sur la base des conventions collectives convenues dans le réseau, il y a eu également négociations et ententes avec le Regroupement des techniciens ambulanciers du Québec (R.E.T.A.Q.), la Fédération des

travailleurs du Québec (F.T.Q.) et un syndicat indépendant, sur les conditions salariales des techniciens ambulanciers et des répartiteurs pour les années 1990 et 1991.

De plus, les dossiers suivants ont également marqué l'année 1990-1991 :

- l'application de la Loi 160, ses rebondissements, les 160 000 griefs, la cause devant la Cour supérieure de Chicoutimi et de Montréal;
- la participation à la table de concertation sur la main-d'oeuvre en soins infirmiers et les groupes de travail sur la délégation des actes;
- le dossier de l'accès à l'égalité et celui du harcèlement racial;
- la mise en place de nombreux comités dont ceux sur la tâche des infirmières, l'assurance long terme et la négociation permanente.

Les activités de formation destinées au personnel du réseau ont aussi occupé une place importante. Plus de 300 séances de formation ont été tenues et quelque 30 thèmes différents ont été touchés, dont la Loi sur la protection de la jeunesse, les techniques d'accueil, vivre après 50 ans, l'intervention en santé mentale auprès des personnes âgées.

3.5.2 Le personnel cadre du réseau

Le nouveau règlement sur la rémunération des directeurs généraux et des cadres est entré en vigueur le 21 novembre 1990 (décret 1572-90 du 7 novembre 1990). Ce règlement prévoit les augmentations salariales pour les années 1990 et 1991, et introduit une procédure de recours dont l'objet est de résoudre toute mésentente entre un cadre et son employeur concernant l'interprétation et l'application des dispositions réglementaires. De plus, la circulaire sur la rémunération qui accompagne le décret 1572-90 prévoit des correctifs à la rémunération des cadres occupant certaines fonctions types, afin de tenir compte d'ajustements particuliers versés au personnel supervisé en vertu des nouvelles conventions collectives (équité salariale, formation post-scolaire, infirmière bachelière, etc.,). En ce qui concerne la rémunération des directeurs des services professionnels et des chefs de département de santé communautaire dans les centres hospitaliers, un nouveau règlement prévoyant les taux de salaire pour la période du 1er juin 1989 au 31 mai 1990 est entré en vigueur le 6 février 1991 (décret 80-91 du 23 janvier 1991).

Une politique de développement du personnel d'encadrement a été adoptée en mars 1991 et elle prévoit une structure de concertation de l'ensemble des intervenants pour la détermination des orientations, des priorités et des objectifs.

Pour ce qui est des travaux reliés au système de classification des postes d'encadrement, l'ensemble des projets en cours a progressé significativement en 1990-1991. Ainsi, le projet de révision des descriptions des fonctions types, réalisé en collaboration avec des ressources du réseau et après consultation des associations d'employeurs et de cadres, est déjà très avancé et se déroule normalement. En ce qui concerne la révision des classifications de l'ensemble des postes de cadre, il faut retenir que la moitié des postes ont jusqu'à maintenant été évalués selon le nouveau système d'évaluation adapté. Enfin, en ce qui a trait à la révision du système de classification, les travaux relatifs à la conception d'une nouvelle méthodologie de mise à jour des classifications de l'ensemble des postes d'encadrement du réseau et à l'élaboration de nouvelles règles de gestion du système de classification se poursuivent.

De plus, l'élaboration d'un document sur la mobilité des directeurs généraux a permis de faire le point sur cette question et de proposer des éléments de politique à privilégier.

3.5.3 Les professionnels de la santé

Les négociations avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec (F.M.S.Q.) s'inscrivent depuis 1986 dans un processus de négociation permanente qui permet de régler progressivement et sans la pression du renouvellement de l'entente, les problèmes particuliers qui surgissent dans un contexte en évolution constante et qui requiert des ajustements périodiques. Ainsi, en 1990-1991, trois modifications ont été apportées à l'entente. La modification numéro 13 est une modification d'appoint qui comporte plusieurs ajustements et clarifications de nature technique. Les parties ont convenu de fixer de nouveaux objectifs tarifaires pour les périodes commençant les 1er juin 1990 (ce qui a été fait lors de la modification numéro 14) et 1er juin 1991, en appliquant les pourcentages d'augmentation prévus dans la politique de rémunération du secteur public. La modification numéro 15 renouvelle l'entente auxiliaire concernant l'assurance-responsabilité professionnelle pour l'année civile 1991 sur la base des modalités d'application en vigueur pour l'année 1990.

L'entente générale conclue avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (F.M.O.Q.) venait à échéance le 31 octobre 1990. Du 1er avril 1990 à la date d'échéance de l'entente, les parties ont convenu de trois amendements, d'une entente particulière concernant la maison Dernier Recours et d'une nouvelle entente relative aux Îles-de-la-Madeleine. L'entente particulière concernant la maison Dernier

Recours permet la rémunération selon le mode de la vacation des services médicaux dispensés dans le cadre du programme sous la responsabilité du C.L.S.C. Centre-Ville de Montréal.

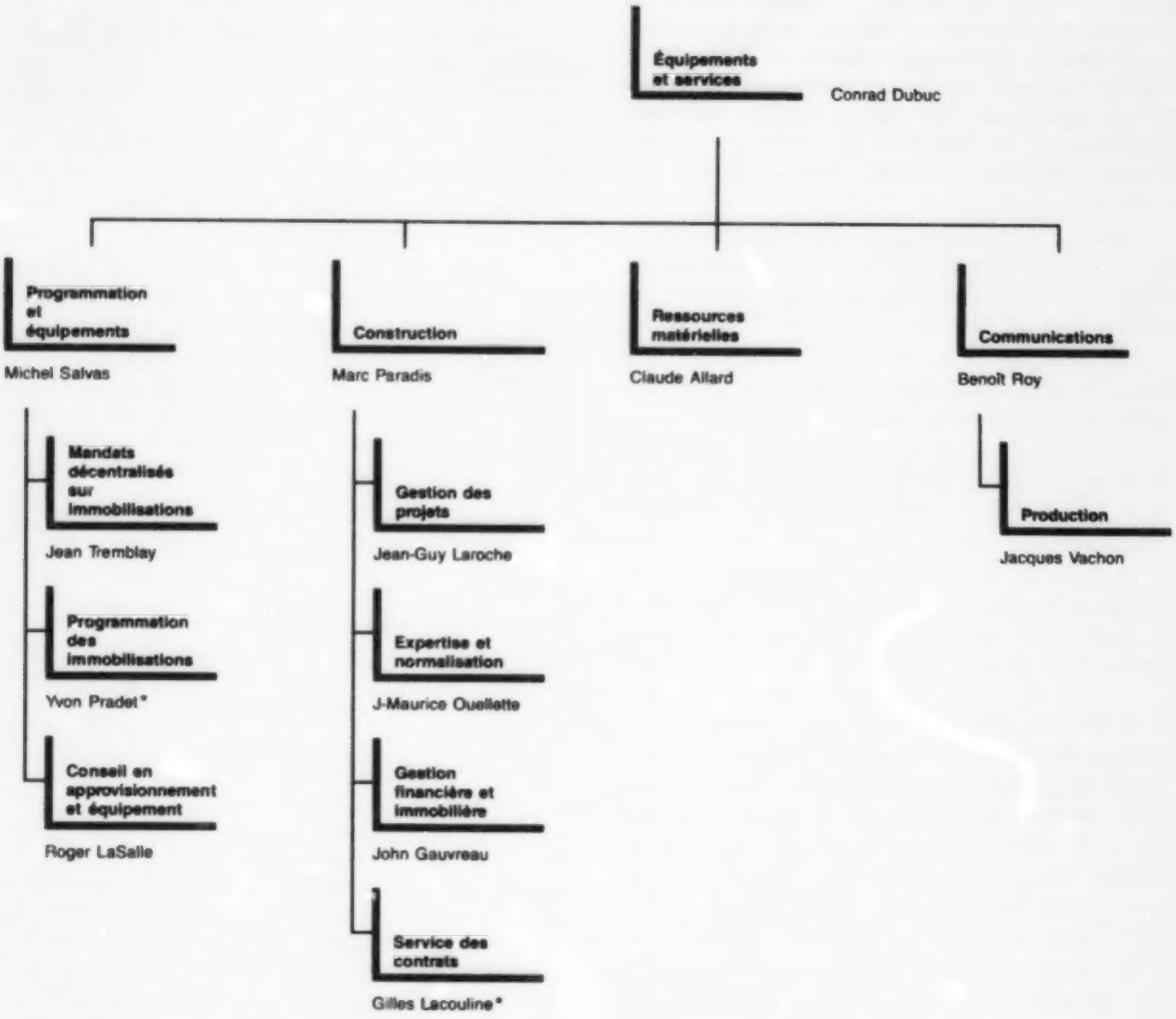
Le renouvellement de l'entente générale avec la F.M.O.Q. s'est fait par la voie d'un accord-cadre qui a reçu l'approbation gouvernementale à la fin de mars 1991. Cet accord-cadre a permis aux parties de s'entendre sur les paramètres d'augmentation pour les trois années de l'entente; les taux sont ceux consentis au secteur de la santé et des services sociaux. Il y est aussi prévu la constitution d'une réserve (partie de l'augmentation allouée) devant financer, après accord entre les parties, des projets jugés prioritaires principalement reliés aux soins de première ligne.

À la suite de la dénonciation du système de garde par la Fédération des médecins résidents du Québec (F.M.R.Q.), le Conseil de médiation, constitué d'un juge de la Cour provinciale assisté de deux assesseurs, a remis son rapport qui recommande aux parties un régime de garde. Suivant les dispositions de l'entente avec la F.M.R.Q., le contenu du rapport soumis est mis à l'essai pour une période d'une année dans quatre établissements du réseau.

Par ailleurs, une entente est intervenue avec l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec (A.S.C.B.M.F.Q.) pour les périodes du 1er juin 1988 au 31 mai 1990. Les parties ont aussi convenu d'une lettre d'entente qui prévoit que les tarifs pour les années 1990-1991 et 1991-1992 soient augmentés selon les hausses de tarifs convenues avec la F.M.S.Q. pour les mêmes périodes.

L'entente avec l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec (A.C.D.Q.), en vigueur jusqu'au 31 mai 1990, a pour sa part été modifiée par l'amendement numéro 14, le 2 novembre 1990. Cet amendement a permis d'apporter des modifications mineures pour faciliter l'administration par la Régie du régime des avantages sociaux. L'amendement numéro 15, signé le 12 novembre 1990, a modifié l'annexe concernant les mesures incitatives pour favoriser la répartition des dentistes.

Les négociations se sont poursuivies durant toute la période avec les associations suivantes : l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (A.Q.P.P.) (entente échue depuis le 31 mai 1989) et l'Association des pharmaciens en établissements de santé (A.P.E.S.) (entente échue depuis le 31 décembre 1989). Les discussions avec l'Association des biochimistes cliniques du Québec (A.B.C.Q.) pour la détermination des conditions de travail et la rémunération des biochimistes cliniques, par voie réglementaire en vertu de l'article 154 de la Loi sur la santé et les services sociaux, se sont poursuivies.



* Par intérim

3.6 Les équipements et les services

En collaboration avec les directions réseau, la Direction générale des équipements et services a pour mandat :

— de définir les politiques ministérielles afférentes à la gestion des besoins en emplacements, en immobilisations, en équipements et en services du réseau, à l'exception de l'équipement biomédical;

— de développer et d'assurer des modes de gestion appropriés à chacun de ces éléments tout en tenant compte de leur statut centralisé ou décentralisé;

— d'assurer aux unités du Ministère, les services en matière d'aménagement, d'approvisionnement, de messageries et de produits de communication;

— de gérer les programmes d'immobilisations du réseau, de l'assister dans la réalisation des travaux et de contrôler la réalisation des mandats décentralisés.

3.6.1 La programmation et les équipements

La Direction générale a maintenu sa collaboration avec les directions réseau afin de définir les politiques ministérielles afférentes à la gestion des besoins en emplacements loués, en immobilisations et en équipements.

Durant l'exercice 1990-1991, des enveloppes financières régionales de 55 199 400 $ pour la location

d'emplacements, de 103 900 000 $ pour le maintien des immobilisations et le renouvellement des équipements dans les centres hospitaliers et de 41 381 500 $ dans les établissements de services sociaux ont été établies et supervisées. Lors de cet exercice financier, l'autorisation de démarrer de nouveaux projets d'immobilisations totalisant 123 000 000 $ a été obtenue.

De plus, ce secteur a supervisé le remboursement de 343 projets autofinancés en santé et de 86 projets en services sociaux comprenant respectivement des autorisations de 121 652 723 $ et de 9 905 982 $.

Au cours de ce même exercice financier, il a assumé la gestion et le suivi du Plan II des investissements publics qui totalisent 105 000 000 $.

Par ailleurs, on a procédé à l'élaboration d'un cadre de gestion qui présente les orientations ministérielles et les règles administratives des différentes composantes du plan triennal.

Finalement, la conception d'un système d'information sur la planification des projets d'immobilisations a été amorcée et la mise en place se fera au cours du prochain exercice financier.

3.6.2 La construction

Dans le domaine des immobilisations, la Direction générale a assumé son rôle de conseillère auprès du réseau en assurant le suivi et le contrôle des projets de construction pour lesquels des déboursés de 140 000 000 $ ont été autorisés en 1990-1991. Par ailleurs, l'autorisation d'inscrire de nouveaux projets d'une valeur de 123 000 000 $ a été obtenue.

Il faut noter en plus la réalisation d'un deuxième programme de relance économique en immobilisations d'un coût de 105 000 000 $ portant sur la sécurité-vétusté et la protection contre les incendies.

Les activités réalisées dans ce domaine ont porté notamment sur des projets d'études en collaboration avec la Corporation d'hébergement du Québec, les expertises, les réalisations, la gestion financière et les transactions immobilières.

3.6.3 Les ressources matérielles

Divers projets de réaménagement, tel le regroupement du personnel à Montréal, puis à Québec, ont évolué normalement. Le projet de rénovation de l'édifice « Le Mil Cinq » est devenu réalité. Dans les opérations courantes, environ 625 postes de travail ont été touchés. Dans toutes ces modifications la priorité a été accordée à la qualité de vie des employés ainsi qu'à la santé et sécurité au travail.

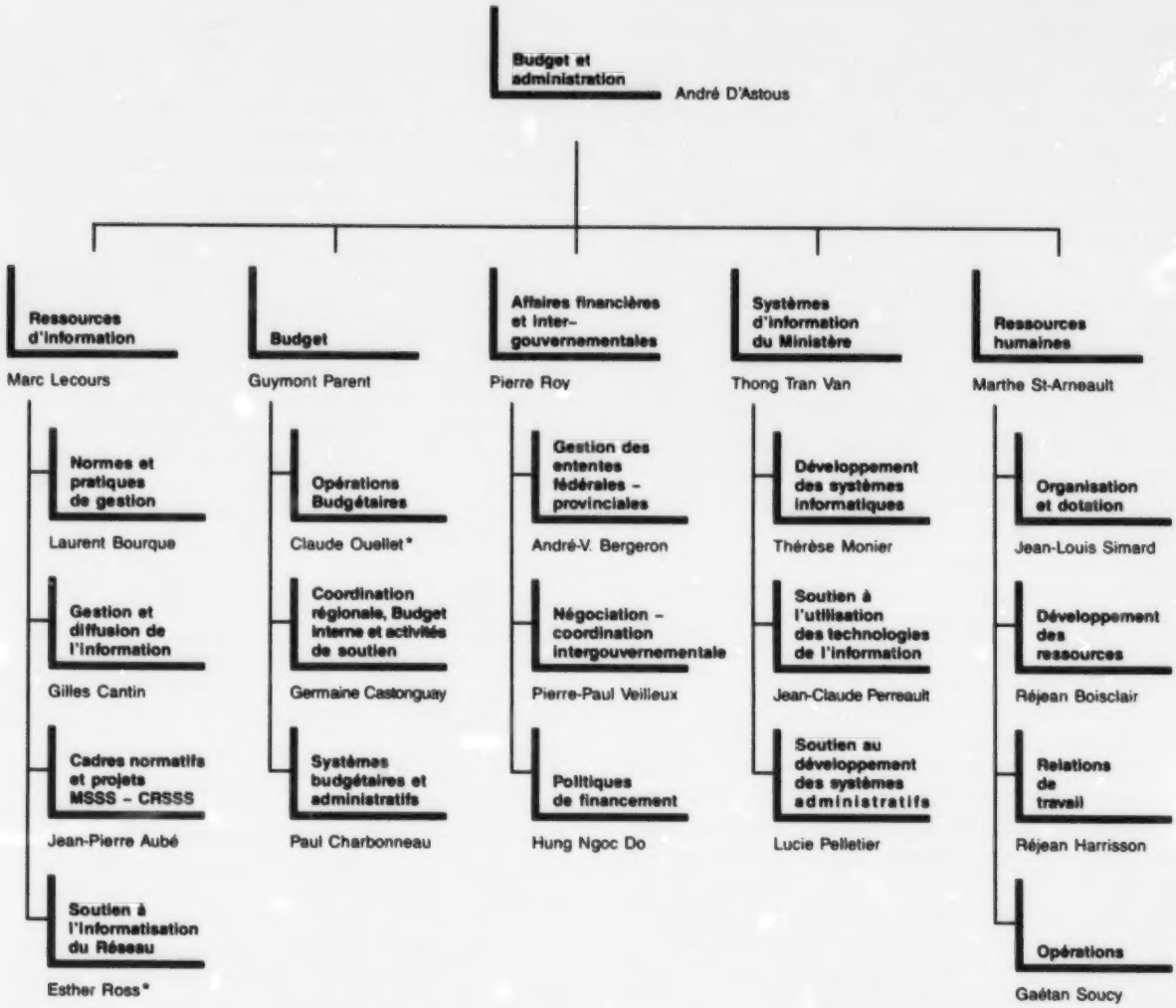
Au cours de l'année 1990-1991, le secteur des approvisionnements et services a complété sa phase d'informatisation par l'ajout d'un logiciel de gestion des biens capitalisables. Il a été responsable de l'achat de tous les biens et services du Ministère, a assuré la distribution de 175 formulaires différents aux établissements du réseau, de même que la diffusion de tous les documents produits par la Direction des communications. De plus, le service a revalorisé le secteur courrier-messagerie en lui donnant une structure de division sous la responsabilité d'un cadre intermédiaire.

Le secteur des ressources matérielles a géré un budget de 12 000 000 $ et a participé à l'effort collectif de rationalisation des dépenses gouvernementales et de compression budgétaire.

3.6.4 Les communications

Le secteur des communications joue un rôle de conseiller auprès des directions générales du Ministère. Il élabore et réalise des programmes de communication à l'intention des clientèles ou des groupements spécifiques visés par les programmes ministériels. La Direction fournit également aux dirigeants du Ministère et aux directions générales, des services de conception et de production graphique ainsi que des services de rétroinformation et de diffusion de l'information.

Le secteur des communications édite un bulletin d'information interne destiné au personnel du Ministère et une revue trimestrielle intitulée **Santé Société** qui s'adresse au personnel professionnel de la santé et des services sociaux dans les établissements du réseau ou dans les cabinets privés.



* Par intérim

3.7 Le budget et l'administration

Se basant sur les orientations gouvernementales en matière de santé et de services sociaux, le secteur du budget et de l'administration a pour mandat d'élaborer et d'implanter dans l'ensemble de ses établissements un système d'information de gestion et de diffuser des normes et pratiques de gestion. Il doit aussi mettre en place des banques d'information sur les clientèles et les établissements, développer les cadres normatifs des projets sur les systèmes d'information et assurer le soutien à l'informatisation du réseau.

Il a pour responsabilités de développer et d'exploiter le système budgétaire et administratif ministériel. Il voit à la préparation des prévisions budgétaires des établissements, des conseils régionaux et du fonctionnement du Ministère et détermine les normes en vertu desquelles les budgets des établissements sont agréés et les subventions accordées. Il coordonne l'ensemble des opérations budgétaires et financières du Ministère et des conseils régionaux et contrôle la régularité et la conformité des engagements, dépenses et revenus du Ministère en regard des lois et règlements.

Son mandat est également d'élaborer des politiques, d'identifier les sources de financement du système sociosanitaire et de proposer la répartition des ressources au sein du système. Il est chargé de la négociation et de la gestion des ententes sur les programmes à frais partagés; il coordonne les activités de réclamation des sommes dues par le gouvernement fédéral dans le cadre de ces ententes et est responsable de la coordination des activités intergouvernementales du Ministère.

Finalement, il procure à l'ensemble des unités administratives du Ministère, l'expertise et le soutien technique dans les domaines de l'informatique, de la bureautique, des systèmes administratifs et des systèmes d'information de même que dans les domaines du développement organisationnel et de la gestion des ressources humaines.

Au début de l'année 1990-1991, le secteur du budget et de l'administration s'est doté d'une nouvelle structure pour mieux situer hiérarchiquement et stratégiquement certaines fonctions, notamment celles qui sont axées sur la gestion de l'information et sur l'informatisation du réseau et du Ministère.

3.7.1 Les ressources d'information

En 1990-1991, le secteur des ressources d'information a joué un rôle moteur dans le développement des D.R.G. (Diagnostic Related Group) québécois. Il a soutenu plusieurs projets visant à développer et à valoriser les banques de données médico-administratives, tels les projets S.I.R.A.C.D.O.F. (Système Reliant l'Activité Clinique aux Données Opérationnelles et Financières) et O.P.T.I.M.A.H. (Optimalisation du Traitement de l'Information pour le Monitorage des Activités Hospitalières).

Afin de répondre aux exigences et aux besoins d'information des différents utilisateurs des états financiers des établissements, la définition de plusieurs centres d'activités et de leurs unités de mesure a été modifiée alors que certains autres ont dû être créés pour le Manuel de gestion financière. Le secteur des C.L.S.C. a été particulièrement affecté. Un projet de révision des circulaires internes qui existaient depuis 1984 et antérieurement, a été mis sur pied. Un projet visant l'inscription aux états financiers de l'avoir propre des établissements et des conseils régionaux est à l'étude et devrait être en vigueur dès avril 1992.

Le secteur de la gestion et de la diffusion de l'information a réalisé des travaux concernant trois principaux domaines d'activités : l'administration des données et la conception des banques de données, le pilotage de systèmes et la diffusion du contenu des banques de données. Ainsi, un document de même qu'une politique d'administration ministérielle des données ont été élaborés. Au plan de la réalisation des projets M.S.S.S.-C.R.S.S.S., des travaux de modélisation et de validation sur la transmission des données ont été menés à terme et l'accent a été mis sur la qualité des données. En plus de répondre aux nombreuses demandes de renseignements de données et de fichiers, des travaux ont porté sur la conception de nouveaux produits dérivés de ces banques. Une présence et une aide accrues auprès des établissements ont permis à certains d'entre eux d'accéder à une plus grande autonomie dans l'exploitation des banques de données.

Dans le secteur des projets M.S.S.S.-C.R.S.S.S., des travaux de conception administrative ont été menés sur des projets concernant les clientèles visées notamment par la Loi sur les jeunes contrevenants, la santé mentale et la surveillance médico-environnementale de la santé des travailleurs. En 1990-1991, les cadres normatifs des projets Système d'Information Clientèle en milieu d'Hébergement Et soins de Longue Durée S.I.C.H.E.L.D. (Système d'Information Clientèle en milieu d'Hébergement et soins de Longue Durée) et les mécanismes d'accès aux services en déficience intellectuelle ont été définis. Quant au système d'information clientèle C.L.S.C., il a franchi le stade de l'approbation et a été diffusé.

Dans le domaine des technologies de l'information, l'émergence des premières orientations ministérielles pour le réseau s'est produite. Un dossier majeur a consisté à élaborer des orientations technologiques en matière de télécommunications pour le réseau. Ces orientations restent à être diffusées et à être implantées. D'autres dossiers sont en préparation dont l'élaboration d'une politique de partenariat économique, la définition d'orientations technologiques pour le réseau (outre les télécommunications) et une prise de position face aux stratégies de commercialisation des firmes travaillant dans le réseau.

3.7.2 Le budget

L'orientation, la coordination et le suivi de l'ensemble des opérations budgétaires et financières du Ministère, à l'intérieur du cycle budgétaire, relèvent de la responsabilité de la Direction du budget. En 1990-1991, ces opérations ont totalisé 8 567 556 800 $. À l'intérieur des nouvelles responsabilités qui lui ont été confiées, ce secteur a assuré les opérations de coordination régionale. De même, les travaux de pilotage et d'aide au développement du système budgétaire et financier du Ministère ont progressé et les premières livraisons sont prévues pour le début de l'exercice 1991-1992.

3.7.3 Les affaires financières et intergouvernementales

Le Québec a obtenu une somme de quelque 1 950 000 000 $ du gouvernement fédéral, en 1990-1991, relative à six ententes de partage gérées par cette direction. Ces ententes couvrent une vaste gamme de services, dans les secteurs du bien-être et de la sécurité du revenu, dispensée par plusieurs ministères et organismes québécois. Parmi les réalisations importantes de l'année, il faut signaler le dénouement positif des négociations visant à rendre admissibles au partage fédéral-provincial les frais des services de garde en milieu scolaire.

Ce secteur a par ailleurs coordonné la tenue, à Québec, du deuxième séminaire de formation pour les gestionnaires de services sociaux, qui regroupait des participants provenant du gouvernement fédéral et de chacun des gouvernements provinciaux et territoriaux. L'analyse de la répartition fédérale-provinciale des responsabilités dans le secteur des services de santé et des services sociaux a constitué une autre activité importante en 1990-1991.

De plus, ce secteur a été associé étroitement aux travaux sur la réforme du système de la santé et des services sociaux, plus particulièrement au financement du système sociosanitaire : problématique, dynamique des dépenses, revenus additionnels. Quant à la répartition des ressources, des travaux majeurs ont été poursuivis afin de développer les D.R.G. (Diagnostic Related Groups) en tant qu'outils pour mesurer la performance des centres hospitaliers.

3.7.4 Les systèmes d'information

Depuis la nouvelle organisation administrative, ce secteur offre, en plus des services auparavant disponibles, un nouveau service de soutien au développement des systèmes administratifs. Par ailleurs, certains aspects de la gestion ont été revus en appliquant les principes de la philosophie d'informatique douce. Cette unité prévoit ainsi avoir une présence soutenue auprès de la clientèle, intervenir pour satisfaire des besoins spécifiques et centraliser les préoccupations en matière d'orientation, de planification et de normalisation des technologies de l'information. Enfin, en ce qui concerne le développement des systèmes informatiques, l'environnement a été adapté de façon à mieux répondre aux besoins sectoriels et individuels et à tirer avantage des technologies disponibles.

Durant l'année, le projet de réforme du système de santé et de services sociaux a été abordé sous l'aspect des systèmes d'information et une version préliminaire du plan d'action sur les technologies de l'information, dans le contexte de la réforme, a été élaborée. L'impact des changements du découpage territorial (passage de 13 à 17 régions sociosanitaires) a été évalué.

Parmi les faits saillants de 1990-1991, on retrouve aussi l'actualisation des orientations du Ministère en matière de technologies de l'information, conformément au cadre gouvernemental, le maintien des efforts en matière de développement de la bureautique, la réduction des coûts de traitement à l'ordinateur central, malgré une hausse de la charge de travail, et la compilation des données de l'enquête sur la santé cardio-vasculaire au Québec. Enfin, les travaux de réalisation du système budgétaire et financier du Ministère se sont poursuivis durant l'année.

3.7.5 Les ressources humaines

En plus de réaliser les activités habituelles requises par les services qui visent les gestionnaires et le personnel, ce secteur a presque terminé la mise en oeuvre des mesures contenues dans son plan d'action relatif à la gestion des ressources humaines. Les travaux de révision du plan de délégation des pouvoirs en matière de gestion des ressources humaines ont été complétés et l'élaboration d'un guide de gestion soutenant ce plan de délégation a été amorcée.

En matière de mobilité du personnel, une banque de mobilité appuyée par l'affichage obligatoire des postes, est venue élargir l'éventail des services offerts. Un programme ministériel de stages et un contenu d'ateliers de carrière sont en préparation pour être implantés éventuellement. De plus, ce secteur a obtenu l'autorisation du Conseil du trésor de convertir 30 postes occasionnels en postes réguliers sans accroître l'effectif global autorisé du Ministère.

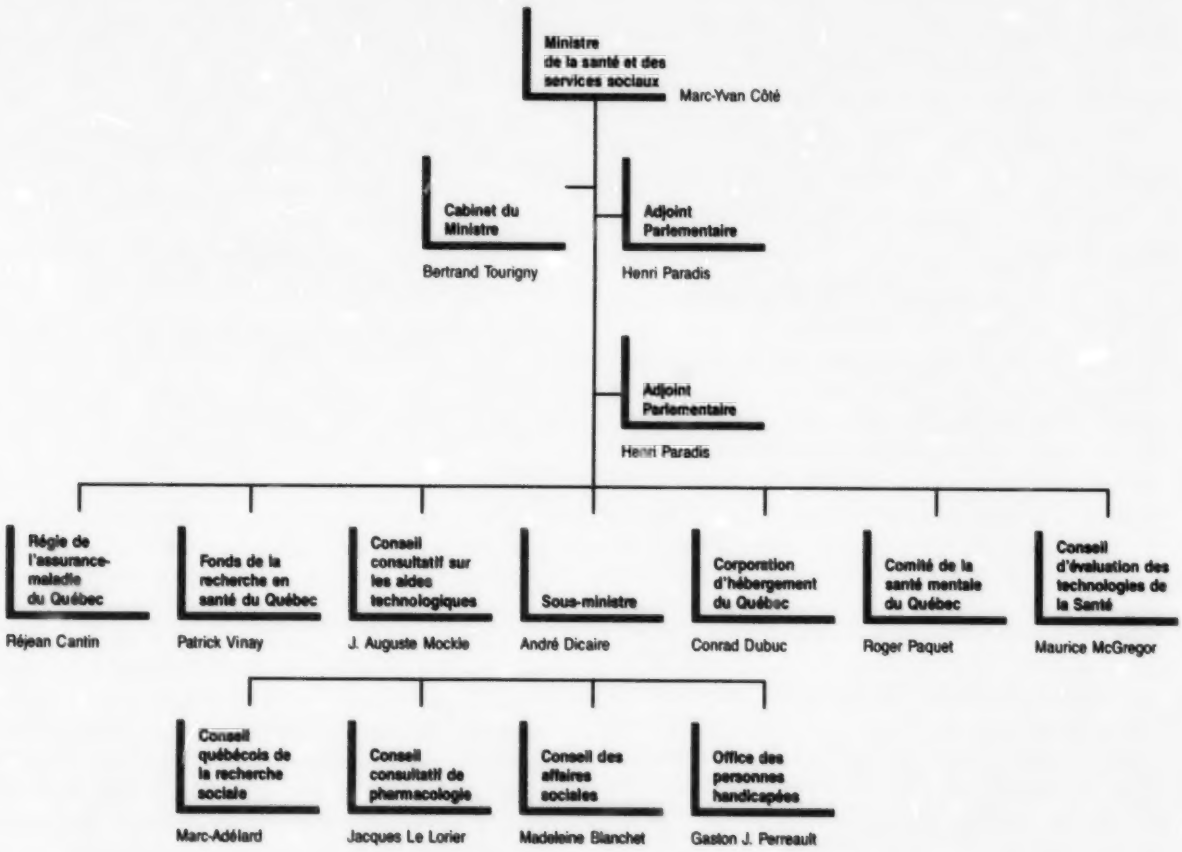
En ce qui concerne le développement des ressources humaines, le personnel a bénéficié de 4533 jours/personnes en activités diverses et les travaux d'un comité aviseur permettront sous peu l'élaboration d'un plan de développement du personnel d'encadrement. Quant au programme d'aide aux employées et employés, il faut souligner l'organisation d'activités spécifiques de formation à l'intention des gestionnaires et des autres catégories de personnel.

Ce secteur a accru ses interventions liées à la santé et la sécurité au travail : élaboration de programmes de prévention touchant cinq édifices du Ministère et consolidation des mesures d'urgence et de premiers soins. En matière d'accès à l'égalité, le taux de féminisation parmi le personnel professionnel et d'encadrement est maintenu. Des interventions spécifiques ont été réalisées à l'intention des personnes handicapées et des membres des communautés culturelles.

Annexes

Annexe I
Les organismes relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux

Ces organismes ne font par partie de la structure administrative du ministère de la Santé et des Services sociaux. Bien que ces organismes soient autonomes, certains d'entre eux demeurent reliés au budget de fonctionnement du Ministère, tels le Conseil consultatif sur les aides technologiques, la Corporation d'hébergement du Québec, le Comité de la santé mentale du Québec, le Conseil d'évaluation des technologies de la santé, le Conseil québécois de la recherche sociale, le Conseil consultatif de pharmacologie et le Conseil des affaires sociales.



A-Les organismes relevant du Ministre

La Régie de l'assurance-maladie du Québec (R.A.M.Q.)

La Régie de l'assurance-maladie, qui relève du ministre de la Santé et des Services sociaux, a pour mandat d'administrer le régime d'assurance-maladie instauré par la Loi sur l'assurance-maladie, d'administrer tout autre régime ou programme que le gouvernement pourra lui confier, de rémunérer, conformément aux ententes, les professionnels de la santé qui fournissent les services assurés et de rembourser aux bénéficiaires le coût de ces services, le cas échéant. La R.A.M.Q. présente un rapport annuel distinct de celui du Ministère.

Le Fonds de la recherche en santé du Québec (F.R.S.Q.)

Constituée selon la Loi favorisant le développement scientifique et technologique du Québec, cette corporation a pour fonction de promouvoir ou d'aider financièrement la recherche, la formation et le perfectionnement de chercheurs dans le domaine de la santé.

Le F.R.S.Q. présente un rapport distinct de celui du Ministère.

Le Conseil consultatif sur les aides technologiques (C.C.A.T.)

Le Conseil consultatif sur les aides technologiques a été mis sur pied en 1987 en vue de conseiller le Ministère sur l'introduction, la diffusion et l'utilisation des technologies destinées aux personnes handicapées, d'évaluer ces technologies et d'élaborer des normes et critères d'attribution.

La synthèse des connaissances disponibles et des résultats d'évaluation, ainsi que leur adaptation au contexte de la pratique courante, constituent les fondements de la méthodologie développée par le Conseil.

La Corporation d'hébergement du Québec (C.H.Q.)

Organisme sans but lucratif, la Corporation d'hébergement du Québec a été constituée en 1974. Elle a pour mandat d'assurer la construction d'établissements ainsi que le financement de ces immobilisations pour le compte du ministère de la Santé et des Services sociaux. En outre, elle acquiert périodiquement certains immeubles dans le cadre du programme d'intégration d'établissements privés.

La Corporation d'hébergement du Québec produit un rapport annuel de ses activités au Ministre au plus tard le 30 juin de chaque année.

Le Comité de la santé mentale du Québec (C.S.M.Q.)

Le Comité de la santé mentale du Québec, créé en août 1971, est un organisme de planification et d'évaluation en santé mentale.

Avec l'adoption par le Gouvernement d'une politique de santé mentale, en janvier 1989, ce comité est principalement chargé de contribuer aux travaux qui rendront possibles l'ajustement et le développement de cette politique.

En 1990-1991, le Comité a poursuivi des travaux sur le vieillissement, la pauvreté, le travail, les communautés culturelles, les rapports hommes-femmes, et sur les autochtones et la santé mentale. Au cours de cette période, il a de plus commandé des travaux sur la réadaptation psychosociale en psychiatrie et sur l'efficacité des programmes de promotion et de prévention en santé mentale.

Les personnes suivantes en sont membres : monsieur Roger Paquet, président; Dr Jean-François Saucier, vice-président; Dr Luc Blanchet, Dr Claude Bouchard, madame Francine Dorion, monsieur Hans Fleury, madame Marie-Claire Laurendeau, madame Denise Paul, madame Vesta W.-Jobidon et Monsieur Pierre Vendette, secrétaire.

Plus de trente autres experts appuient le Comité dans l'accomplissement de ses mandats spécifiques.

Le Conseil d'évaluation des technologies de la santé (C.E.T.S.)

Le Conseil d'évaluation des technologies de la santé, créé en janvier 1988, a pour mandat de promouvoir et de soutenir l'évaluation des technologies de la santé, d'en diffuser les résultats et, de conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux quant aux questions portant sur l'introduction, la diffusion et l'utilisation des technologies de la santé.

Le Conseil se compose de douze membres, soit le Dr Maurice McGregor, président; Dr Rénaldo Battista, Dr Raymonde Chartrand, Dr Richard J. Clermont, Dr Luc Deschênes, Dr Marek Rola-Pleszczynski, madame Aline Lavoie-Poirier, monsieur Marc Renaud, monsieur Raymond L. Carrier, monsieur Claude Forget, monsieur David Roy, monsieur Fernand A. Roberge et madame Suzanne Couët, secrétaire générale du Conseil.

En 1990-1991, le Conseil a publié et diffusé les six rapports d'évaluation suivants :

— la lithotritie extracorporelle rénale et biliaire;

— le dépistage du cancer du sein au Québec : estimation des coûts et des effets sur la santé ainsi que les documents de référence 1 et 2;

— l'ecmothérapie : son efficacité et sa rentabilité au Québec;

— l'accès aux opacifiants à basse osmolarité : considérations juridiques et morales;

— la réutilisation des hémodialyseurs : efficacité, sécurité, coûts;

— la transplantation au Québec : rapport préliminaire sur l'efficacité, les coûts et les caractéristiques organisationnelles ainsi que les documents d'appui I et II.

Le Conseil a également publié un rapport d'activités reflétant ses réalisations depuis sa création en janvier 1988 jusqu'au 31 mars 1990.

Le Conseil québécois de la recherche sociale (C.Q.R.S.)

Le Conseil québécois de la recherche sociale, créé le 8 août 1979, est un organisme de subventions à la recherche sociale, rattaché au ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le Conseil québécois de la recherche sociale a, auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux, le rôle de :

— conseiller le Ministre sur la politique du Ministère en matière de recherche sociale, sur l'enveloppe budgétaire à y consacrer et sur toute autre question pertinente à la recherche sociale;

— contribuer à l'amélioration de la qualité de la recherche sociale, à la diffusion de ses résultats et à son application dans l'enseignement et la pratique professionnelle ainsi que dans le développement des éléments de la politique sociale;

— instituer et régir, après approbation du Ministre ou de son représentant, des programmes de soutien à la recherche sociale et les évaluer périodiquement.

Le C.Q.R.S. est composé des personnes suivantes : monsieur Marc-Adélard Tremblay, président; monsieur Jean-Claude Boisvert, monsieur Réjean Dubé, monsieur Éli Schwartz, madame Nicole Vanier, madame Linda Jones, madame Denise Couture, monsieur Michael Conway et monsieur Simon Caron.

Le Conseil québécois de la recherche sociale, dans les domaines de la recherche sociale, considère comme admissible à ses programmes de subventions et de bourses d'excellence, la recherche qui a pour objet la participation et la solidarité sociales vues généralement dans la perspective de la mission du ministère de la Santé et des Services sociaux.

La participation et la solidarité sociales doivent être entendues au sens où toute personne, toute famille ou tout autre groupe doit bénéficier de la protection sociale ainsi que des soins et des services requis par leur état ou par leur condition sociale, jouir d'un accès équitable aux services, pouvoir participer à la vie communautaire dans leurs efforts en vue d'améliorer leur qualité de vie et celle de leur milieu social. La participation et la solidarité sociales préviennent et réduisent la maladie, l'isolement, la pauvreté, la dépendance de l'assistance publique, la violence, la discrimination et toute condition favorisant la marginalité sociale.

Le Conseil québécois de la recherche sociale offre les programmes de subventions et de bourses d'excellence suivants :

— subventions de recherche;

— subventions pour recension des écrits sur appel d'offres;

— subventions d'aide à la diffusion des résultats de la recherche déjà subventionnée;

— subventions d'aide à la formulation d'un projet de recherche ou d'études et analyses;

— bourses d'excellence;

— subventions pour études et analyses;

— bourses de spécialisation en recherche sociale;

— subventions d'équipes.

Le Conseil québécois de la recherche sociale peut faire en tout temps des appels d'offres sur les objets de recherche ou d'études et d'analyses qu'il juge prioritaires pour chacun de ses programmes de subventions et de bourses d'excellence. Il peut aussi proposer à la communauté scientifique des domaines de recherche orientés et, dans les domaines de la recherche sociale, offrir des subventions ou des bourses spéciales ou diriger des projets spéciaux de recherche.

En 1990-1991, le Conseil québécois de la recherche sociale a accordé 71 bourses et subventions de recherche pour un total de 2 671 200 $.

Le Conseil consultatif de pharmacologie (C.C.P.)

Le Conseil consultatif de pharmacologie assiste le ministre de la Santé et des Services sociaux dans l'élaboration et la mise à jour de la liste de médicaments assurés dans le cadre du programme de gratuité instauré en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie ainsi que la liste des médicaments qui peuvent être utilisés dans un établissement du réseau.

Le Conseil consultatif de pharmacologie a également pour mandat d'assurer le développement de stratégies d'intervention auprès des professionnels de la santé pour favoriser une utilisation optimale des médicaments qui privilégient le meilleur traitement possible au moindre coût.

Le Conseil des affaires sociales (C.A.S.)

Créé en 1970, le Conseil des affaires sociales est un organisme d'étude et de consultation dont le mandat est de conseiller le Ministre sur la détermination des objectifs et priorités du secteur des affaires sociales, de la santé et des services sociaux, et de consulter les divers groupes et organismes dans l'élaboration des politiques sociales et de santé.

Le C.A.S. produit un rapport annuel distinct de celui du Ministère.

L'Office des personnes handicapées du Québec (O.P.H.Q.)

L'Office des personnes handicapées du Québec a pour fonction de veiller à la coordination des services dispensés aux personnes handicapées, de promouvoir leurs intérêts et de favoriser leur intégration scolaire, professionnelle et sociale. L'Office favorise la concertation des organismes publics, parapublics ou privés, dispensateurs de services, aux niveaux provincial, régional et local.

Annexe II
Les lois et règlements qui relèvent du ministère de la Santé et des Services sociaux

Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux M-19.2

Règlement 1 sur la signature de certains actes, documents ou écrits du ministère de la Santé et des Services sociaux;

Règlement 2 sur la signature de certains actes, documents ou écrits du ministère de la Santé et des Services sociaux;

Règlement sur les signatures apposées au moyen d'un appareil automatique sur les documents du ministère de la Santé et des Services sociaux;

Décret sur l'autorisation d'utiliser un fac-similé de la signature du ministre ou du sous-ministre de la Santé et des Services sociaux sur certains documents;

Règlement sur la mise en oeuvre de l'Entente entre le gouvernement du Québec et le gouvernement de la République française en matière de sécurité sociale;

Loi sur le Conseil de famille C-56.2

Loi sur le Conseil des Affaires sociales C-57

Loi sur les services de santé et les services sociaux S-5

Règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux;

Règlement établissant la procédure pour l'élection et la nomination des membres des conseils d'administration des établissements publics de santé et de services sociaux;

Règlement établissant la procédure pour l'élection et la nomination des membres des conseils d'administration des Conseils de la santé et des services sociaux;

Règlement sur les indemnités de départ;

Règlement sur la rémunération des membres des conseils d'administration des Conseils de la santé et des services sociaux;

Règlement sur la sélection, la nomination, les mesures de fin d'engagement et de stabilité d'emploi applicables aux directeurs généraux des conseils régionaux et des établissements publics;

Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres des conseils régionaux et des établissements de santé de services sociaux;

Règlement sur la rémunération des directeurs généraux et des cadres supérieurs et intermédiaires des conseils régionaux, des établissements publics et des établissements privés visés dans les articles 176 et 177 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux;

Ordonnance établissant la procédure pour l'élection des membres des conseils d'administration des établissements publics de santé et de services sociaux de la région 10-A;

Règlement sur les constructions d'immeubles des établissements, des conseils régionaux et de la Corporation d'hébergement du Québec;

Règlement sur les locations d'immeubles des établissements, des conseils régionaux et de la Corporation d'hébergement du Québec;

Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux;

Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements;

Règlement sur la délivrance et le renouvellement du permis d'un établissement;

Règlement sur la nomination et la rémunération des directeurs des services professionnels et des chefs de département de santé communautaire dans les centres hospitaliers;

Règlement sur la procédure pour l'élection de membres du conseil d'administration du Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James par le conseil consultatif du personnel clinique et le personnel non clinique;

Règlement sur les conditions de travail des pharmaciens exerçant dans les centres d'accueil publics ou privés conventionnés et dans les Centres locaux de services communautaires;

Détermination de la forme et du contenu minimum de contrats de services d'ambulance;

Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes 1990, c.12

Loi sur l'assurance-maladie A-29

Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-maladie;

Règlement sur les formules et les relevés d'honoraires relatifs à la Loi sur l'assurance-maladie;

Liste des territoires insuffisamment pourvus de professionnels au sens du cinquième alinéa de l'article 19 de la Loi sur l'assurance-maladie;

Décret sur la rémunération différente pour les médecins omnipraticiens durant les premières années d'exercice de leur profession;

Décret sur la rémunération différente pour les médecins durant les premières années d'exercice de leur spécialité dans le cadre du régime;

Règlement sur les appels d'offres pour la fourniture de fauteuils roulants ou d'aides auditives;

Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec R-5

Règlement prescrivant à la Régie de l'assurance-maladie du Québec d'assumer le coût de certaines rémunérations payables par le gouvernement, ses ministères ou organismes aux professionnels de la santé;

Règlement de régie interne de la Régie de l'assurance-maladie du Québec;

Programme visant le recrutement et la rétention de professionnels de la santé en territoires insuffisamment desservis;

Loi sur l'assurance-hospitalisation A-28

Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation;

Loi sur la protection de la jeunesse P-34.1

Règlement sur la révision de la situation d'un enfant;

Règlement sur l'aide financière pour favoriser l'adoption;

Règlement sur l'adoption internationale;

Convention type sur les conditions et modalités d'intervention et sur les engagements d'un organisme reconnu en matière d'adoption internationale auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux;

Loi sur la protection du malade mental P-41

Règlement d'application de l'article 27 de la Loi sur la protection du malade mental;

Loi sur la protection de la santé publique P-35

Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique;

Détermination des zones de services d'ambulance et du nombre maximum d'ambulances par région et par zone, des normes de subventions aux services d'ambulance, des normes de transport par ambulance entre établissements et des taux du transport par ambulance;

Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées E-20.1

Règlement de l'Office des personnes handicapées du Québec;

Règlement de régie interne de l'Office des personnes handicapées du Québec;

Règlement visant à favoriser l'embauchage de personnes handicapées;

Règlement sur les centres de travail adapté et l'intégration professionnelle;

Règlement sur les vignettes amovibles délivrées aux personnes handicapées;

Loi sur les inhumations et les exhumations I-11

Loi sur les cimetières non catholiques C-17

Annexe III
Les ressources financières

Le budget du ministère de la Santé et des Services sociaux en 1990-1991 totalise 8 567 556 800 $ soit une augmentation de 546 780 900 $ ou de 6,8 % par rapport à l'exercice précédent. Ces crédits se répartissent entre quatre secteurs :

— Prévention et amélioration;

— Recouvrement de la santé;

— Réadaptation sociale;

— Administration et services.

Budget du ministère de la santé et des services sociaux en 1990-1991

	En milliers de dollars	
Prévention et amélioration	600 390,7	
— Services des centres locaux de services communautaires		550 002,8
— Soutien aux organismes communautaires		50 387,9
Recouvrement de la santé	5 305 605,0	
— Services des centres hospitaliers de courte durée et spychiatrique		
Réadaptation sociale	2 313 261,4	
— Services des centres de services sociaux		343 006,1
— Services des centres de réadaptation		770 497,3
— Services des centres d'accueil d'hébergement et des centres hospitaliers de soins de longue durée		1 199 758,0
Administration et services	348 299,7	
— Coordination de la recherche		37 284,1
— Direction et coordination régionale		257 170,7
— Office des personnes handicapées du Québec		53 844,9
Total	**8 567 556,8**	

Annexe IV
Gestion ministérielle des ressources humaines

Pour l'ensemble des ressources humaines du Ministère et des différents organismes qui s'y rattachent, on compte 1078 emplois répartis comme suit :

A-Postes occupés au ministère de la santé et des services sociaux selon le sexe au 31 mars 1991

	Hors-cadres & cadres		Cadres intermédiaires		Professionnels		Techniciens		P.B.A. ouvriers		Total		Grand total
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	
Direction supérieure	5	0	0	1	5	5	1	2	2	20	13	28	41
Planification & Évaluation	16	3	0	0	36	26	3	7	3	28	58	64	122
Prév. & Serv. comm.	11	1	0	0	47	34	5	3	0	27	63	65	128
Recouvrement de la santé	16	2	0	0	52	23	3	4	6	36	77	65	142
Réad. & Serv. de longue durée	13	1	0	0	56	20	2	3	0	22	71	46	117
Relations de travail	10	1	0	0	30	9	5	5	1	12	46	27	73
Équipements & Services	11	0	3	0	59	16	10	10	21	41	104	67	171
Budget & Administration	14	3	2	1	77	30	21	28	11	66	125	128	253
Sous-total M.S.S.S.	**96**	**11**	**5**	**2**	**362**	**163**	**50**	**62**	**44**	**252**	**557**	**490**	**1 047**
Cons. cons. pharmacol.	2	0	0	0	2	1	0	0	1	2	5	3	8
Cons. cons. sur les aides technologiques	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	1	2	3
Sec. à l'adoption internationale	0	1	0	0	2	3	0	0	0	4	2	8	10
Cons. des aff. sociales	1	1	0	0	2	2	1	2	0	1	4	6	10
Sous-total des conseils	**3**	**2**	**0**	**0**	**7**	**8**	**1**	**2**	**1**	**7**	**12**	**19**	**31**
Grand total	**99**	**13**	**5**	**2**	**369**	**171**	**51**	**64**	**45**	**259**	**569**	**509**	**1 078**
Pourcentage (%)	88,4 %	11,6 %	71,4 %	28,6 %	68,3 %	31,7 %	44,4 %	55,6 %	14,8 %	85,2 %	52,8 %	47,2 %	

Au cours de l'exercice 1990-91, le Ministère a enregistré 58 départs et 64 entrées. Le tableau suivant illustre les mouvements de personnel depuis les cinq dernières années.

B- Nominations et départs pendant les années financières 1986-1987, 1987-1988, 1988-1989, 1989-1990 et 1990-1991

	1986-1987	1987-1988	1988-1989	1989-1990	1990-1991
Affectations	111	107	90	121	66
Nominations	31	27	26	19	24
Mutations depuis un autre ministère	56	69	59	32	40
Total entrées en fonction	**87**	**96**	**85**	**51**	**64**
Mutations à un autre ministère	45	44	38	41	35
Démissions	17	15	10	9	12
Retraités	38		12	20	11
Congédiements	1	2	0	1	0
Décès	1	1	3	1	0
Total départs	**102**	**84**	**63**	**71**	**58**
Taux de mobilité (% des départs sur effect. autorisés)	8,9 %	7,3 %	5,6 %	6,4 %	5,3 %

Imprime sur papier
contenant 50% de fibres recyclees
dont 10% desencrees.

ISBN 2-551-15148-1

90000

9 782551 151486

4,00 $

Gouvernement du Quebec
Ministère de la Santé
et des Services sociaux